Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 27. 6. Juli 1897

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70.

44. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Greifswald. (Prof. Helferich.)

Ein Beitrag zur Chirurgie des Rückenmarks.

Heilung einer durch intraduralen kalten Abscess bedingten Compressionslähmung durch Eröffnung des Durasackes nach Laminectomie.

Von Dr. *Trapp*, Assistenzarzt 2. Cl. im Füsilier-Reg. von Gersdorff (hessischen) No. 80, commandirt zur Klinik.

Von allen Patienten, welche in die Behandlung des Chirurgen kommen, sind die elendesten und am meisten bedauernswerthen diejenigen, welche eine totale Compression oder Durchtrennung des Rückenmarkes erlitten haben. Stehen wir doch in einer grossen Anzahl von Fällen der Rückenmarkserkrankung völlig machtlos gegenüber und müssen die Kranken ihrem traurigen Schicksal überlassen. Seit langer Zeit aber ist mit gutem Erfolg gegen die Lähmungen vorgegangen worden, welche bei Bestehen einer Wirbeltuberculose auftreten. War auch schon im Alterthum eine gewisse Behandlung des Gibbus in Uebung, so ist doch Pott der erste gewesen, der zielbewusst gegen die Lähmungen vorging, wenn auch schon einige Vorgänger vor ihm Wichtiges auf diesem Gebiet geleistet haben. Seit Anfang unseres Jahrhunderts ist die Extensionsbehandlung im Gebrauch, die aber erst allgemeiner wurde in Folge des Einflusses, den die Verwendung der Extension für die Behandlung der Gelenkerkrankungen durch R. Volkmann ausübte. Seitdem ist sie die regelmässige Behandlungsweise dieser Zustände geblieben, wenn auch mit allerlei kleinen Um- und Abänderungen. Mit der Extensionsbehandlung ist eine grosse Reihe schöner Erfolge erzielt worden, schwere Lähmungszustände sind zu dauernder Ausheilung gelangt, obgleich auch schon vor ihrer allgemeinen Einführung durch die damals übliche Behandlungsweise der Kyphose mit dem Glüheisen Heilungen zu verzeichnen waren, ein Umstand, der jetzt wohl mit Recht mehr der als Nachbehandlung dienenden Ruhelage, als dem Ferrum candens zugeschrieben wird. Ueber diese Verhältnisse und auch über neuerdings durch Extension erzielte Erfolge berichtet ausführlich Reinert[1]), dessen Mittheilungen desshalb von besonderem Interesse sind, weil sie nur gut nachbeobachtete Patienten betrifft, bei denen völlige Heilung 10, sogar 20 Jahre lang bestand; Erfolge, wie sie sonst noch nicht veröffentlicht sind. Ohne Extension wurde in 30 Proc. der Fälle, mit Extension bei 9 Patienten von 13 Heilung erzielt. Dabei handelte es sich bei der Mehrzahl um schwere Lähmungszustände, wie aus den ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten hervorgeht.

Trotz dieser unbestrittenen Erfolge gibt es aber Rückenmarkslähmungen bei tuberculöser Wirbelerkrankung, welche der Extensionsbehandlung Widerstand bieten und sogar ein fortschreitendes Verhalten zeigen. In solchen Fällen ist wiederholt mit Glück operativ vorgegangen worden. Im Ganzen jedoch ist die Zahl der mitgetheilten operirten Fälle noch nicht sehr hoch und noch geringer die der erzielten Heilungen. Desshalb dürfte die folgende, auf der Greifswalder chirurgischen Klinik gemachte Beobachtung ein gewisses Interesse beanspruchen. Für die Anregung zur Veröffentlichung, sowie die gütige Unterstützung bei der Bearbeitung, sage ich Herrn Geh.-Rath Helferich, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.

Der 20jährige Knecht Johannes J. aus Zicker fiel im Januar 1896 von einer Leiter ca. 3 m hoch auf's Gesäss. Sofort spürte er heftigen Schmerz zwischen den Schulterblättern und war nicht im Stande aufzustehen und zu gehen. 3 Tage lang hütete er das Bett. Eine Lähmung der Beine soll jedoch nicht bestanden haben, auch konnte er Urin und Stuhl gut anhalten und die Ausleerungen erfolgten ohne Nachhilfe. Sofort nach dem Fall bemerkte er an der schmerzenden Stelle zwischen den Schulterblättern einen knochenharten Höcker, der im Lauf der Zeit noch stärker vorsprang. Während er nach einigen Tagen Bettruhe wieder ziemlich gut gehen und leichte Arbeit verrichten konnte, trat allmählich, zugleich mit Zunahme des Höckers, eine Schwäche der Beine ein. Er konnte sie nicht mehr vom Boden erheben, der Gang wurde schlürfend, zitterig, die Fussspitzen schleiften auf dem Boden. Eine Behandlung fand damals nicht statt. Durch die Berufsgenossenschaft wurde er der Klinik überwiesen.

Aufnahmebefund 12. X. 1896:

Bei dem im Ganzen kräftig gebauten Mann, der ein anaemisches Aussehen hat, sind Herz- und Lungenerkrankungen nicht nachweisbar, ebensowenig anderweitige auf Tuberculose zu beziehende Veränderungen. Die Brustwirbelsäule zeigt einen stark vorspringenden Gibbus vom 6.—8. Brustwirbel, die stärkste Erhebung bildet der 7. Dornfortsatz. Die Hervorragung ist auf Druck, Stauchung, bei Stehen und Gehen nicht schmerzhaft. Beim Sitzen jedoch wird der Rumpf durch Stützen mit den Händen entlastet und Bücken geschieht mühsam mit steifgehaltener Wirbelsäule. Die Untersuchung des Nervensystems ergab eine bedeutende Herabsetzung der groben Kraft beider Beine, verbunden mit spastischer Rigidität und sehr erhöhten Sehnenreflexen. Es bestand starker Fussclonus, während der Kitzelreflex der Fusssohle, Cremaster- und Bauchdeckenreflex nicht vorhanden waren. Die Sensibilität für alle Empfindungsarten war völlig erhalten. An den Armen und dem Rumpf waren auch auf motorischem Gebiet keine Störungen vorhanden. Blase und Mastdarm zeigten normales Verhalten.


Gehen und Stehen war nur unter Unterstützung von beiden Seiten möglich, der Gang ausgesprochen spastisch.

Die Diagnose wurde gestellt auf Wirbelfractur, wahrscheinlich mit Ausgang derselben in Caries tuberculosa mit Rückenmarkscompression mittleren Grades.

Die Behandlung bestand in flacher Lagerung (ohne Kopfkissen), Extension am Kopf mit 10 Pfund Belastung, Gegenextension durch das Körpergewicht unter Hochstellung des Kopfendes.

In der Folge wurde die Extension gut ertragen, es stellte sich durch dieselbe eine nicht unbeträchtliche Besserung der Beweglichkeit der Beine unter Abnahme der spastischen Erscheinungen ein.

[1]) Ueber die Erfolge der Extension bei spondylitischer Rückenmarkslähmung. Beiträge zur klinischen Chirurgie B. 14, S. 447.

Unter dem 15. XI. ist aufgezeichnet: Spasmus in den Unterextremitäten ist bedeutend zurückgegangen, Fussclonus nicht mehr so erheblich. Patellarreflexe noch erhöht, es fehlen aber die clonischen Zuckungen des Quadriceps nach einmaligem Beklopfen des Lig. patellae.

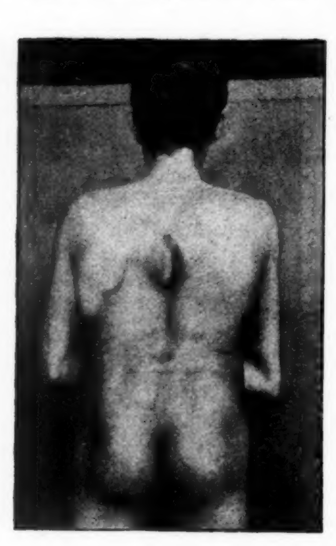
Am 7. XII. jedoch trat ganz plötzlich eine Verschlimmerung der motorischen Erscheinungen ein, indem die Spasmen wieder so stark wurden wie früher und auch Andeutung von Blasenstörung auftrat, da Patient zum Urinlassen stets lange pressen musste. Die spastischen Erscheinungen waren jetzt linkerseits stärker ausgesprochen.

Von nun an beginnt eine stetige, langsame Abnahme der activen Beweglichkeit, während die spastischen Erscheinungen ziemlich auf demselben Punkt stehen blieben. Während am 15. XII. die Beine 20 cm hoch frei von der Unterlage erhoben werden konnten, war dies am 21. I. 1897 unmöglich; an diesem Tage konnten nur noch geringe Beugebewegungen der Knie- und Zehengelenke ausgeführt werden. Dagegen war auch jetzt keine Störung im Gebiet der Sensibilität vorhanden, auch die oben erwähnte geringe Blasenstörung war nicht mehr vorhanden. Ein bemerkenswerther Umstand war, dass in der letzten Zeit stets leichte abendliche Temperatursteigerungen vorhanden waren. Sie erreichten meist noch nicht 38°, sondern blieben subfebril; nur einmal wurde 38,2 gemessen. Auch Nachtschweisse waren öfters vorhanden. Die wiederholte genaue Untersuchung der Lungen ergab keinen Anhalt für diese Erscheinungen, ebensowenig wurde sonstwo eine auf Tuberculose hinweisende Veränderung entdeckt. Beklopfen und Stauchung der Wirbelsäule war nicht schmerzhaft, keine Psoasabscesse nachweisbar.

Es musste nun angenommen werden, dass ein tuberculöser Vorgang sich innerhalb des Wirbelcanals abspielte und dadurch die allmähliche Zusammendrückung des Rückenmarks bedingt würde. Am wahrscheinlichsten war ein extraduraler, vom Wirbelkörper ausgehender kalter Abscess.

Da nunmehr eine Besserung bei rein orthopädischer Behandlung ausgeschlossen schien, entschloss sich Herr Geh.-Rath Helferich zur Operation und nahm am 9. I. die Eröffnung des Wirbelcanals durch Entfernung der hintern Wirbelbögen vor.

In rechter Seitenlage wurde durch bogenförmigen Schnitt vom 5.—8. Brustwirbeldorn ein grosser Hautmuskellappen mit seitlicher (linksseitiger) Basis gebildet. Die Dornfortsätze des 7. und 8. Brustwirbels wurden mit Elevatorium nun von Weichtheilen, auch Periost, befreit, sodann mit der Luer'schen Zange abgezwickt. Die hintern Wirbelbögen, die jetzt frei zugänglich waren, wurden ebenfalls von Periost gesäubert und dann durch Eingehen mit der Liston'schen schneidenden Knochenzange durchtrennt und abgehoben, jedoch nicht völlig entfernt, sondern noch schmale Spangen der hintern Bögen stehen gelassen. Sofort nach Eröffnung des Wirbelcanals drängt sich der gesammte Inhalt stark in das Fenster vor. Das vorliegende Fett wird stumpf eingegangen, jedoch erfolgt trotzdem starke Blutung aus dem Venenplexus. Sie wird schnell durch leichte Compression und Fassen einer grösseren Vene gestillt. Durch das allmähliche Zurückpräpariren des periduralen Gewebes wird nun die Dura in 5 cm Ausdehnung blossgelegt. Sie ist von dunkelgraurother Farbe, an der Aussenfläche glatt, scheint prall gespannt und sieht oedematös durchtränkt aus. Pulsation fehlt. Die Dura wird in 3 cm Länge geschlitzt. Nach Eröffnung des Durasackes dringt ca. 1 Theelöffel dicker, gelber Eiter, vermischt mit käsigen Bröckeln, daraus hervor. Das Vorquellen geschieht mit plötzlichem Ruck, man sieht, dass starke Spannung bestand. Unter vorsichtigem Anziehen der Dura wurden die Seitenflächen des Wirbelcanals abgesucht, ohne dass sich ein weiterer Herd fand. In die Oeffnung der Dura wurde ein schmaler Jodoformmullstreifen eingeführt, der zum untern Wundwinkel herausgeleitet wurde. Die übrige tiefe Weichtheilwunde wurde ebenfalls mit Jodoformmull ausgestopft, die Lappen darüber gelagert und mit 2 Situationsnähten befestigt. Ein aseptischer Verband bedeckte das Ganze. Nennenswerthe Blutung, ausser der erwähnten aus dem Venenplexus, hatte nicht stattgefunden. Der Operirte wurde wieder völlig flach gelagert, ohne Extension.



Verlauf nach der Operation: Am Nachmittag des Operationstages bestand Gürtelgefühl in Höhe der Operationsstelle; Fussclonus rechts geschwunden, Patellarclonus beiderseits schwächer. Kitzeln der Fusssohlen ruft deutliche Reaction hervor. Keine Sensibilitätsstörung. Harnverhaltung. Allgemeiner Befund sehr gut.

10. I. Geringe Paraesthesien in den Beinen (Kribbeln). Rechts Patellar-Clonus verschwunden. Linkerseits Patellar- und Fussclonus abgeschwächt. Manchmal Zuckungen in den Beinen.

Die active Beweglichkeit zeigte nur eine Spur von Zunahme bis zum 21. I. 97.

Am 21. I. wurde wieder Extensionsvorrichtung am Kopf angelegt in der oben beschriebenen Weise, diesmal mit 15 Pfund Belastung. Der Erfolg war ein sehr guter, denn schon am folgenden Tage hatte die active Beweglichkeit im rechten Knie deutlich zugenommen, auch linkerseits fängt sie an deutlicher zu werden.

30. I. Spastische Erscheinungen völlig geschwunden. Klagen über ziehende und durchschiessende Schmerzen in den Beinen.

Der Wundverlauf war bisher völlig glatt. Bei dem ersten Verbandwechseln wurde der Jodoformstreif, der in den Duraschlitz führte, allmählich gelockert, mehrfach wurde Jodoform-Glycerin in die Tiefe eingegossen. Die Wunde zeigte von Anfang an wenig Secretion und grosse Neigung zur Heilung aus der Tiefe. Am 30. I. besteht nur noch oberflächlicher Granulationsstreifen.

Am 4. II. können beide Kniee activ um 60° gebeugt werden bei Unterstützung der Füsse. Fussgelenke unbeweglich. Freies Emporheben nicht ausführbar.

Am 9. II. können beide Beine ca. 10 cm hoch frei von der Unterlage erhoben werden.

Am 12. II. können beide Fussgelenke plantar- und dorsalflectirt werden. Zehenbeweglichkeit erheblich ausgiebiger als bisher.

18. II. Erhebung der Beine von der Unterlage 15 cm. Fussgelenke auf 15° dorsal- und plantar zu flectiren. Bedeutende Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes unter Leberthran, Eisen und sonst guter Ernährung. Die Nachtschweisse sind mit der Operation geschwunden.

25. II. Beine werden frei 25 cm hoch erhoben. Fussgelenke völlig frei beweglich.

Am 3. III. wurde ein Gypscorset mit Extensionsmast angelegt. Er sitzt damit ohne Beschwerden im Stuhl am 6. III., kann im Sitzen die Beine im Knie heben wie ein Gesunder.

Am 8. III. werden die ersten Gehversuche gemacht im Laufstuhl. Er schreitet kräftig aus, kein Kleben der Fussspitzen am Boden, verfügt völlig über die Musculatur der Beine, er wirft z. B. die schlecht passenden Pantoffeln mit kräftigem Ruck bei Seite.

Am 2. IV. geht er sicher allein und ohne jede Stütze, steigt auch Treppen.

Am 29. V. erfolgte die Entlassung mit einem einfachen Stützapparat. Die Narbe war völlig fest, tiefer Druck empfindlich, die Brauchbarkeit der Beine wie die eines Gesunden.

Epikrise. Unterziehen wir unsern Fall einer näheren Betrachtung, so finden wir, dass die Ursache der Verletzung, der Fall auf das Gesäss, einen Compressionsbruch eines oder mehrerer Wirbel zu erzeugen wohl geeignet war. Dass thatsächlich ein Wirbelbruch bestanden hat, geht aus der ganz klaren und sicheren Angabe des Verletzten über das Vorhandensein des Vorsprunges an der Wirbelsäule hervor.

Die Entwickelung eines tuberculösen Processes im Anschluss an einen Wirbelbruch ist so allgemein anerkannt, dass sie nur der Vollständigkeit halber erwähnt zu werden braucht. Zu gleicher Zeit mit dem beschriebenen Kranken waren zufällig noch 3 Wirbeltuberculosen nach Fractur in der Klinik in Behandlung!

Unter den Erscheinungen, die nach dem Fall auftraten, ist die anfängliche Störung des Ganges zu erwähnen. Ob das Aufrichten der Verletzten durch Schmerzen oder durch eine Art Lähmungszustand behindert war, entzieht sich unserer Kenntniss, da ein ärztlicher Bericht darüber nicht vorliegt. Eine Lähmung durch Rückenmarkserschütterung wäre nicht auszuschliessen. Ein grösserer Bluterguss mit anfänglicher Compression ist wohl nicht anzunehmen, da die Beweglichkeit nach 3 Tagen völlig wiedergekehrt war. Ein derartiger Bluterguss dürfte in dieser Zeit kaum aufgesaugt sein.

Die nun allmählich erfolgende Zunahme der Buckelbildung ist als der Ausdruck des Einsinkens der Wirbelkörper durch die tuberculöse Erkrankung anzusehen.

Dass dabei schon leichte Compression des Rückenmarks eintrat, ist leicht erklärbar an der Hand der Untersuchungen von Kahler[2]) und Schmaus[3]), welche bei Raumbeengung im Wirbelcanal ein Oedem des Markes fanden, das von ihnen als Stauungs- bezw. entzündliches (Schmaus) erklärt wurde. Nehmen wir ein solches Oedem der Markes an, so ist auch sofort die gute

[2]) Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. 3, 187.)

[3]) Die Compressionsmyelitis und Caries der Wirbelsäule, Wiesbaden, 1890.

Wirkung der anfänglichen Extensionsbehandlung erklärt. Nach den Auseinandersetzungen von Reinert (l. c.) der darin auf den Versuchen von Reid und Sherrington fusst, wird durch die Streckung der Wirbelsäule ein Ansaugen der in ihr und ihren Organen enthaltenen Flüssigkeiten, eine Entlastung des Rückenmarks von Druck und leichterer Abfluss des Oedems bewirkt. Das Rückenmark selbst ist durch das Oedem nur in seiner Leitungsfähigkeit beeinträchtigt, falls es nicht zu lange bestanden hat, die Nervenbahnen werden nicht sofort zerstört wie etwa bei einer Quetschung und desshalb ist auch die Wiederkehr der vollen Leistungsfähigkeit möglich.

Gleiche Beobachtung der oedematösen Schwellung und Quellung des Rückenmarks, hat auch Chipault[4]) gemacht.

Dass in unserem Falle die Compressionserscheinungen nicht völlig zurückgingen, musste schon einen gewissen Verdacht erwecken, dass ein stärkeres, raumbeengendes Hinderniss vorliege. Dieser Verdacht wurde aber zur Gewissheit, als am 7. December die plötzlich einsetzende und immer mehr zunehmende Erhöhung der Spasmen und Lähmung eintrat. Vielleicht dürfen wir, wenn wir den späteren Operationsbefund heranziehen, annehmen, dass ein bisher ausserhalb der Dura sitzender tub. Eiterherd an diesem Tage plötzlich die verdünnte Dura durchbrochen und dadurch die plötzliche Steigung der Compressionserscheinungen veranlasst hat. Auch ihre daran sich anschliessende allmähliche weitere Zunahme würde zwanglos durch das Grösserwerden des Abscesses erklärt werden können. Gerade die Plötzlichkeit des ersten Auftretens mit der späteren allmählichen Zunahme möchte ich als vielleicht diagnostisch wichtig betonen. Plötzlich kann auch eine Spontanfractur auftreten, sie wird aber bei Extension, die ja hier dauernd angewandt wurde, keine allmähliche weitere Zunahme der Canalverengerung bewirken. Andererseits wird ein tub. Granulationsherd wohl eine ganz allmählich sich steigernde Rückenmarkscompression erzeugen, ohne Durchbruch einer Flüssigkeit, des Eiters, wird dann eine plötzliche Zunahme nicht erfolgen können. Der intra- oder extradurale Sitz ist wohl nie mit Sicherheit zu bestimmen. Der Durchbruch eines Abscesses aus einer Höhle, z. B. des Wirbelkörpers, wird bei Abkapselung und der nöthigen Spannung genau ebensogut durch die Häute hindurch das Rückenmark zusammendrücken, wie ein in den Durasack hinein sich entleerender. Bei letzterem sollte man das Auftreten einer Arachnitis tubercul. universal. erwarten; durch das längere Bestehen des entzündlichen Reizes kann aber eine gewisse Verlöthung und Abkapselung stattfinden. In unserem Falle scheint diese eingetreten zu sein, denn bis jetzt haben sich keine auf eine derartige Erkrankung hinweisenden Zeichen eingestellt. In einem anderen, kürzlich zur Section gekommenen Fall, dagegen hatte ich Gelegenheit, die über dem ganzen Wirbelcanal ausgedehnte tub. Eiterung und die ausgebreitete Arachnitis tub. zu beobachten. Hier war von einem Knochenherd aus der Durchbruch erfolgt.

Die Anzeige zur Operation war vorhanden, denn es handelte sich um eine durch orthopädische Maassnahmen nicht mehr zu beeinflussende progressive Schädigung des Rückenmarks und die Leitungsfähigkeit des letzteren war erhalten, wie aus der Ungestörtheit der Sensibilität und dem Vorhandensein der Reflexe hervorging. Ausserdem war das schädigende Moment mit grösster Wahrscheinlichkeit ein kalter, extraduraler Abscess, dessen Vorhandensein Chipault (l. S. 5. 283.) als Indication zur Operation ansieht, ebenso wie die Raumverengung des Spinalcanals durch fungöse Wucherungen oder Narbenbildungen nach solchen. Im Allgemeinen schränkt Ch. die Indication zu operativem Eingriff nur auf diese Fälle ein und wendet sich namentlich dagegen, die Stärke der Compressionserscheinungen als Maassstab dafür zu betrachten. Er geht sogar so weit, zu behaupten, dass uncomplicirte Pott'sche Lähmungen ohne Respirationsstörungen stets durch orthopädische Mittel heilbar seien.

Contraindicationen bilden nach ihm die Erkrankung mehrerer Wirbel, so dass nach Laminectomie Gefahr der Fractur vorliegt, schwere sonstige Tuberculose, tuberculöse Erkrankung des Markes selbst und intraduraler Sitz der tuberculösen Affection. Durch den beschriebenen Fall glaube ich den Beweis erbracht zu haben, dass aber selbst bei intraduralem Sitz eines kalten Abscesses mit Erfolg der Eingriff gemacht werden kann und die Contraindication in diesem Sinne etwas einzuschränken ist. Allerdings dürfte nur in den seltensten Fällen das Verhalten so günstig sein.

Die Operation selbst war in unserem Fall sehr einfach und leicht, selbst die Blutung aus dem Venenplexus des Rückenmarkcanals war nicht so unangenehm, wie sie von den Meisten geschildert wird. Die Abtragung der hinteren Bögen mit der Listonschen schneidenden Knochenzange ist leicht und schnell ausführbar.

Es mag hier erwähnt werden, dass Herr Prof. Helferich bei der Laminectomie die hinteren Wirbelbögen nicht völlig abträgt und so den Wirbelcanal in eine relativ flache Rinne verwandelt, sondern beiderseits, soweit irgend möglich, etwas überhängende Spangen stehen lässt. Die noch stehen gebliebenen Reste geben der Wirbelsäule doch noch einen grossen Halt.

Bei der Nachbehandlung springt die Wichtigkeit und der Nutzen der Extension in die Augen. Die Wundheilung wird jedenfalls begünstigt durch die günstige Lage, welche einen leichten Abfluss der Wundflüssigkeiten verbürgt. In der Regel wird ja eine stärkere Secretion eintreten. Die Jodoformeingiessungen, die wir bei dem Verbandwechseln vornahmen, gelangten beim ersten und zweiten Mal bis an das Rückenmark selbst.

Dass das nur von der Pia umgebene Rückenmark ohne Schaden Jodoformglycerin, — wobei der Nachdruck auf Glycerin zu legen ist, — vertragen hat, scheint uns eine erwähnenswerthe Thatsache. Diese Thatsache entspricht anderen Erfahrungen, welche Herr Professor Helferich in neuerer Zeit mit dem Mittel gemacht hat und über welche bei anderer Gelegenheit berichtet werden soll.

Die Anlegung des Gipscorsetts geschah in üblicher Weise bei leichter Suspension am Kopf. Auch jetzt nach Heilung der Wunde und Schwund sämmtlicher Beschwerden muss der Patient dauernd einen Stützapparat tragen, denn durch das Fehlen der hinteren Bögen ist die Wirbelsäule, deren Körper zudem krank sind, durchaus zu schonen. Eine Spontanfractur in Höhe der Erkrankung würde eine sofortige Durchquetschung des Markes zur Folge haben, denn in der Tiefe der Wunde haben wir den Wirbelcanal noch offen liegen, obwohl an den Seitenrändern eine Art Callusbildung stattgefunden zu haben scheint. Sehr günstig wäre es, wenn sich beim Menschen derselbe Vorgang abspielte, den Smits[5]) bei menschenähnlichen Affen beobachtete. Bei diesen schloss sich durch periostale Knochenneubildung die Rückenmarksrinne zu einem völligen festen Canal und nicht allein das Periost, auch die Bänder verknöcherten daselbst, so dass eine Ankylose zu Stande kam. Selbst Neubildung von kleinen Dornfortsätzen hat er dabei gesehen. Für Menschen liegen derartige Beobachtungen bis jetzt nicht vor. Wichtig ist unser Fall noch in Bezug auf Begutachtung. Die Wirbeltuberculose mit ihren Folgen muss u. E. als directe Unfallfolge angesehen werden.

Das Wichtige an dem mitgetheilten Fall scheint mir 1. das Verhalten der Lähmung nach einer gewissen Zeit, das eventuell als diagnostischer Anhalt für Durchbruch eines Abscesses dienen kann. 2. Die trotz des intrameningealen Sitzes der Eiterung erzielte Heilung.

Ein ähnlicher Fall war in der mir zugänglichen Literatur nicht aufzufinden.

Aus der Münchener chirurgischen Klinik.

Ueber Stichverletzungen der grossen Gefässe der Extremitäten.*)

Von Privatdocent Dr. *Paul Ziegler*, 1. Assistenzarzt der Klinik.

Der praktische Arzt, nicht der chirurgische Specialist, ist seiner Stellung nach in erster Linie berufen, bei Blutungen, neben der Tracheotomie das lohnendste Feld der ärztlichen Thätigkeit, helfend einzugreifen, und gerade aus dem Benehmen eines Wundarztes bei einer Blutung, sagt der alte Langenbeck, kann man denselben am besten erkennen. Es dürfte daher die Besprechung der keineswegs stets leichten Diagnose einer Gefässverletzung Ihr Interesse erregen, ebenso wie die

[4]) Études de chirurgie médullaire. Paris 1894, S. 253, Anm.

[5]) Die Chirurgie des Rückenmarkes. Volkmann's Sammlung. Neue Folge. Chir. 27.

*) Vortrag, gehalten im ärztl. Verein München am 2. Juni 1897.

moderne Behandlung derartiger Läsionen und ihrer glänzenden Resultate, ich weise nur auf die Unterbindung der Vena femor. com. hin, von der heutzutage keineswegs mehr eines berühmten Anatomen Wort gilt, man solle einem derartigen Kranken gleich den Kopf abschneiden. Die Diagnose der Verletzung selbst eines grossen Gefässes ist oft sehr schwierig, weil die primäre Blutung fehlen kann; so betont schon der berühmte Kriegschirurg Pirogoff: Das Hauptsymptom, die Blutung, bekommen wir fast nie zu Gesicht, da dieselbe schon auf dem Schlachtfelde aufhörte, sie fehlt aber oft selbst bei den Stichverletzungen der grössten Stämme überhaupt, wie z. B. bei einer Verletzung der Art. subclavia durch einen Dolchstich (Richet), wenn der Fremdkörper die Wunde verstopft, wenn die gesetzte Oeffnung an der Haut oder an den Arterien sehr klein ist, wenn die einzelnen Muskelschichten sehr tief sind und sich verschieben. Für Schussverletzungen ist das Fehlen der primären Blutung sogar das häufigere, nach Fischer in 50 Proc. Und selbst wenn eine primäre Blutung vorhanden war, so ist meist der behandelnde Arzt nicht mehr Zeuge davon, da, bis der Kranke in seine Hände gelangte, die Blutung, sei es in Folge der geschwächten Herzkraft sei es in Folge der localen Wundverhältnisse, versiegte. Die Angaben der Umgebung sind meist in Betreff der Blutung nur mit äusserster Vorsicht zu verwerthen. Für die Diagnose einer Arterienverletzung nützt die Forderung eines hellrothen, exspiratorisch verstärkten Strahles gar nichts, übrigens fliesst auch bei grossen verletzten Arterienstämmen das Blut nicht immer in hellrothem Strahle heraus, sondern es kann allmählich heraussickern, wenn die Stichverletzung an der Arterie sehr klein ist, wenn der Wundcanal sehr lang ist, die hellrothe Beschaffenheit weicht einer mehr venösen, sobald die Herzkraft nachlässt, ebenso auch durch die Wanderung des Blutes durch einen langen Wundcanal; differentialdiagnostisch zwischen arterieller und venöser Verletzung ist wohl im Allgemeinen feststehend, dass eine schwere Anaemie mehr für eine arterielle Verletzung spricht. Die anatomische Lage der Wunde lässt in vielen Fällen sofort an die Möglichkeit der Läsion eines grösseren Gefässes denken, doch sind die Stichwunden bisweilen ungemein lang, geben in Folge der verschiedenen Stellungen der Extremitäten zur Zeit des Stiches und später, keinen Grund zu Verdacht, auch der Wundcanal, selbst bei der Betastung, kann gewunden sein oder die Richtung des Stiches kann durch Schwellung verdeckt werden. E. Rose berichtet von einem Stich, der am Rücken des Vorderarmes einging und von hintenher Arterie und Vene in der Ellenbeuge verletzte, Strohmeier von einem Fall, wo bei einer Section rechts die Carotis angestochen gefunden wurde, während die Stichwunde an der linken Halsseite lag, Rose fand beide Achselgefässe durchstochen, wo die Oeffnung des blinden Stichcanales an der Rückseite mitten am Oberarm lag.

Das Vorhandensein des peripheren Pulses beweist weder eine Arterienverletzung noch schliesst sie dieselbe aus. Hat ein starker Blutverlust stattgefunden, ist der Kranke wohl meist ohnmächtig geworden, und dann fühlt man überhaupt keinen peripheren Puls oder der Puls kann fehlen durch den Druck grosser Blutextravasate oder bei abnormem Verlauf der Arterie, wie es ja bei der Art. rad. so häufig vorkommt; dagegen kann der Puls noch vorhanden sein selbst bei querer Durchtrennung der Arterie höher oben oder nach Unterbindung derselben, da die Collateralen sich oft erstaunlich rasch entwickeln können. Viel klärender für die Diagnose als die Blutung nach aussen ist das Symptom der Blutung nach innen. Da wo bei einer Stichverletzung am Kopf allmählich fortschreitend sich die Symptome des Hirndruckes ausbilden oder bei einer Stichverletzung des Thorax das Exsudat unter zunehmender Anaemie steigt, wird man bald mit der Sachlage in's Reine kommen, dass in dem einen Falle die A. mening. verletzt, im andern die Mam. int. oder eine Intercostalarterie durchstochen ist. Aber auch wenn die anatomische Lage nicht so klar liegt, z. B. bei einer Verletzung der A. subclavia ist die Blutung nach innen, die rasch entstandene Vorwölbung der Weichtheile von grosser Bedeutung und speciell bei der A. subclavia geradezu die Arterienverletzung beweisend gegenüber der Läsion der Vene, da nur der arterielle Druck trotz Spannung der Weichtheile im Stande ist, eine Hervorwölbung durch die tiefen Schichten hindurch zu erzeugen. Manchmal kann sogar die Schwellung in toto pulsiren. Die Hervorwölbung ist aber nur für gewisse Fälle pathognomonisch, denn wenn die Ausdehnungsfähigkeit der Weichtheile eine grosse ist, sieht man grosse Vorbuchtungen entstehen in nächster Nähe grosser Arterien ohne Verletzung derselben, so bei Verletzungen der V. subscapul. Von Wahl wurde für die Diagnose der Verletzung einer grösseren Arterie ein Symptom wieder an's Tageslicht gezogen, das schon von Guthrie und Andern in seiner Bedeutung erkannt aber wenig beachtet geblieben ist, das aber auch nur zutrifft, wenn die Arterie nicht zu klein ist und wenn nicht eine völlige Unterbrechung des Blutlaufes eingetreten ist, also bei einer nur theilweisen Continuitätstrennung und solange nicht ein obstruirender Thrombus das lädirte Gefäss verschliesst. Auch beim Fehlen aller übrigen Symptome hört man oft direct über der angeschnittenen Arterie ein kurzes, mit dem Puls isochrones Schaben, das über der Läsion am stärksten zu hören, nach oben und unten von der Verletzungsstelle eine Strecke weit noch hörbar ist, allmählich sich verliert. Dieses Geräusch ist im Gegensatz zu dem der Aneurysmen sofort nach der Verletzung zu hören und kommt dadurch zu Stande, dass an der Stelle der Verletzung des Arterienrohres eine Verengerung sich bildet, nach Ueberwindung dieser engen Stelle aber das Blut in ein relativ weiteres Lumen unterhalb einströmen muss, wodurch Wirbelgeräusche entstehen. Auf Grund dieses Geräusches, das sofort nach der Verletzung zu hören ist, gelang es schon wiederholt, die Diagnose der Verletzung einer grösseren Arterie zu stellen.

Führen wir dazu noch an als letzte Hilfsmittel zur Diagnose: öfters vorkommende Abnahme der Hauttemperatur und Sensibilität, heftige Schmerzen, manchmal vorkommende eigenthümliche Muskelstarre in Folge der Ischaemie, Ausfallserscheinungen an den grossen Gefässen benachbarten Nerven, die gleichzeitig verletzt sind, so stehen uns keine weiteren Mittel zur Verfügung als das Messer, vor dessen Anwendung man sich mit Recht bis vor wenig Jahren, da man noch nicht selbst über den Wundverlauf den Entscheid in der Hand hatte, scheute.

Erst die Nachblutungen, die secundären Blutungen oder das Aneurysma gaben mit all ihren Gefahren meist den Fingerzeig, dass neben der Muskelwunde auch eine Wunde in den Gefässen gesetzt sei und gerade dieses gestaltete bislang die Prognose der grösseren Gefässverletzungen so entsetzlich traurig, um so mehr, als auch nach gehöriger Versorgung der Gefässe die Gefahr der Nachblutung in hohem Maasse weiter bestand. Heutzutage wissen wir die Blutung mit einer gewissen Sicherheit zu stillen und eine Wunde, die wir frisch in unsere Hand bekommen, darf uns keine Sorge mehr wegen des Wundverlaufes machen, während früher die accidentellen Wundkrankheiten auf die Mortalität der Gefässverletzungen besonders der Venen in hohem Grade gedrückt haben. Die Hauptgefahr, die auch jetzt noch den Gefässverletzungen der Extremitäten droht, ist die Gangraen, wenn auch diese durch den normalen Wundverlauf ohne Zweifel bedeutend eingeschränkt wird. Die Gangraen kann eintreten durch Abschnürung des arteriellen Zuflusses oder durch gestörten Abfluss des venösen Blutes, letzteres kann bedingt sein durch gleichzeitige Verletzung der Vene, durch entzündliches Infiltrat oder durch ein Blutextravasat. Die Gefahr der Gangraen durch arterielle Anaemie allein scheint geringer zu sein als durch venöse Stauung und arterielle Anaemie, wenn bei letzterer neben der Vene auch die Arterie mit verletzt ist, weil die Klappen den Collateralen einen gewissen Widerstand leisten, der besonders bei schwachen Individuen mit geschwächter Herzkraft nicht überwunden wird. Gleichgiltig ob Arterie oder Vene verletzt ist, entscheidet noch ein dritter Factor über die Entstehung der Gangraen, die Verhältnisse, welche die Functionen der Collateralen beeinträchtigen: die Blutinfiltration. Bei ausgebreiteten Infiltrationen führt nahezu constant nach Heine die Unterbindung der Arterien zu Gangraen und Bergmann musste im russisch-türkischen Feldzug 5 Amputationen bei beginnender Gangraen in Folge

der Blutinfiltration vornehmen, wo zweimal der Knochen ganz intact war. Die Blutinfiltration hängt nicht allein von der Grösse der äusseren Wunde und von der Wunde der Arterie ab, sondern auch von der Beschaffenheit der Gewebe, von der Starrheit derselben; die Infiltrate sperren nicht nur den Zufluss des arteriellen Blutes ab, sondern auch den Abfluss des venösen. Es ist aber nicht der Druck allein in den Gefässen, der durch das Extravasat gesetzt wird, sondern es findet durch die intacte Gefässwand, wie die Versuche von Dr. v. Düring [1]) gezeigt haben, eine Resorption des Fibrinfermentes aus dem Blutextravasat statt, was mehr oder minder ausgedehnte Thrombose bewirkt, mehr bei den dünnwandigen Venen, am stärksten, wenn das Extravasat vereitert. Die Resultate sind auch daher bei Unterbindung nach Verletzungen grösserer Gefässe und Blutung viel schlechter als z. B. bei Unterbindung wegen Aneurysmen, bei subcutanen Gefässverletzungen viel schlechter als bei offenen Wunden, verhältnissmässig günstig liegen die Verhältnisse bei einfachen Stich- und Hiebwunden, weit weniger günstig bei schweren Quetschungen, wozu ein grosser Theil der Schusswunden gehört. Zur Beurtheilung über die Wirkung der Ausschaltung eines Gefässbezirkes und die Collateralen eignet sich am besten die Betrachtung der einfachen Stichverletzungen bei sonst intacten Weichtheilen, während die zahlreichen Unterbindungen der grossen Gefässe bei Geschwulstexstirpationen uns nicht das klare Bild über die Folgen gewähren, weil es da in allen möglichen Abstufungen zu verschiedenen Graden der Compression vorher schon gekommen sein kann, so dass die Collateralen allmählich eine Erweiterung und damit Functionsfähigkeit erhalten haben. Zweifellos sind die Gefahren der Gefässverletzungen durch die moderne Wundbehandlung enorm vermindert, wenn uns auch keine Statistiken zur Verfügung stehen, deren Werth immerhin bei der Verschiedenheit jedes einzelnen Falles ein zweifelhafter ist; die Prognose hat sich in dem Maasse verbessert, dass man berechtigt ist, über Bord geworfene Operationen wie die Aortenunterbindung bei bestehender Indication ohne Angst zu unternehmen; denn von den bisherigen neun Unterbindungen, die zwar alle tödtlich endeten, ist keiner in Folge von Gangraen zu Grunde gegangen, obwohl die Lebensdauer nach der Operation bis zu zwölf Tagen währte, sondern der Tod trat in Folge von Nachblutungen oder Peritonitis ein und in Thierversuche zeigten, dass die Symptome des Stenon'schen Versuches nur bei Thieren mit dünnen Bauchdecken wie Kaninchen, nicht aber bei Hunden, Katzen u. s. w. auftraten. [2])

Die Hauptgefahr liegt jetzt noch an der richtigen Diagnose und diese muss man bei der Schwierigkeit in manchen Fällen mit dem Messer festzustellen suchen, dann ist die Therapie klar vorgezeichnet, nämlich die verletzte Stelle des Gefässes aufzusuchen, zu isoliren, central und peripher zu unterbinden unter Trennung allenfallsig bestehender Brücken, damit nicht durch eventuell in das Verbindungsstück hineinmündende Gefässzweige eine neue Blutung auftreten kann. Gegenüber der früher geübten Continuitätsligatur ist die jetzt wohl allgemein geübte Unterbindung in loco laesionis das richtigste, anatomisch am nächsten liegende; wenn sie auch grosse Schwierigkeiten bei der Suffusion der Gewebe und Gefahren bei der eventuellen eitrigen Infiltration in sich schliessen kann, gewährt sie allein Schutz vor Nachblutungen, sie beseitigt die für die normale Gefässwand gefährlichen grossen Blutgerinnsel, sie verlangt nicht die Erzeugung einer neuen Wunde, sie allein gestattet die genaue Diagnose, denn aus der Blutung ist es nicht möglich zu erkennen, ob es sich um eine Verletznng eines Astes oder des Stammes selbst handelt und man ist doch nicht berechtigt, wegen der Blutung aus einem Ast die Unterbindung des ganzen Stammes vorzunehmen. Die Continuitätsunterbindung hat zu den absurdesten Eingriffen geführt, so wegen Verletzung des Hohlhandbogens zur Unterbindung der A. subclavia, wegen Verletzung der Art. fem. comm. zur Unterbindung der Aorta; denn es ist häufig, dass die Blutung nach der Continuitätsunterbindung nicht steht, dann bleibt nichts übrig als zu amputiren oder am Ort der Verletzung aufzusuchen oder noch höher zu unterbinden, dann steigt die Gefahr der Gangraen.

Wir haben seit 1890 eine Reihe von Stichverletzungen der Gefässstämme an der oberen und unteren Extremität zu behandeln Gelegenheit gehabt und sind bei der Unterbindung in loco niemals auf unüberwindliche Schwierigkeiten, die selbst von bedeutenden Chirurgen so sehr gefürchtet waren, gestossen. Ich will in Folgendem in Kürze die Fälle skizziren.

1. Unterbindung der V. fem. comm.

Die Verletzung dieser Vene war bis in die neueste Zeit ungemein gefürchtet und bot eine solche Gefahr, dass bei der Verletzung die sofortige Exarticulation indicirt erschien. Die allgemein anerkannte Furcht wurde noch erhöht durch die Untersuchungen Braune's, der nachwies, dass wenn auch Collateralverbindungen der V. fem. comm. mit den Beckenvenen vorn zwischen den V. pudendae, obturatoriae und einigen Venen der andern Körperseite, hinten zwischen den Kreuzbeinlendenvenen und der Vena azygos und als umfangreichste Bahnen zwischen den V. ischiadicae und den circumflex. femor. vorhanden sind, kein Collateralkreislauf ähnlich wie für die Arterie existire, da die Klappen in weitaus der Mehrzahl der untersuchten Fälle einer Stromrichtung in den venösen Stromarm einen nicht zu überwindenden Widerstand entgegensetzen. Die späteren Untersuchungen aber wiesen einen Untersuchungsfehler nach, dass Braune viel zu geringen Druck bei seinen Injectionsversuchen anwandte, dass, sobald die Vene verschlossen ist, der Druck schliesslich bis zur Höhe des arteriellen steigen muss, wenn anders die Herzkraft eine genügende ist, und dass bei dieser Höhe des Druckes die Klappen in weitaus der Mehrzahl insufficient werden, ferner dass in einem Procentsatz die Klappen überhaupt fehlen, dass dieselben ungemein verschieden entwickelt sind, wozu noch die Unterschiede kommen, die durch das Alter, die Constitution, vorausgegangene Blutverluste bedingt sind. Nach Choljzow [3]) waren bei einem Druck von 10—150 mm Hg in 90 Proc. die Klappen insufficient, nach Braune in 85 Proc. bei 180 mm Hg, dazu kommt, dass die Verhältnisse am Lebenden immer noch günstiger sein müssen, wegen der Herzkraft, der Bewegung der Muskeln, der Aspiration des Blutes vom Herzen her, als an der Leiche. Diese neueren theoretischen Untersuchungen sind auch mit der praktischen Erfahrung der neueren Chirurgie in vollkommenem Einklang. Ueber die Verletzung keines andern Gefässes bestehen so ausgedehnte statistische Erhebungen mit so klarem Resultat wie bei der V. fem. comm., so dass man mit Bestimmtheit die Gefahr der Unterbindung gering schätzen darf. Ich scheide die Fälle in 2 Gruppen, einmal wo die Vene verletzt wurde bei Geschwulstoperationen, dann wo sie bei vorher normalen Verhältnissen durch einen Stich oder Hieb lädirt wurde. Die bekannte ausgedehnte Arbeit von Niebergall [4]) enthält unter 30 Verletzungen bei Geschwulstexstirpationen 12 Todesfälle, 0 Gangraen, unter 6 anderweitigen Verletzungen (4 Stich-, 1 Schussverletzung, 1 Quetschung) 3 Todesfälle, 2 mal Gangraen, darunter die schwere Quetschung. Füge ich die nicht darin enthaltenen Fälle der neuesten Literatur bei (Brückner, König (2), Golz, Kammerer, Czerny, Sokolow, Brohl, Kolaczek (3), so bekommen wir bei Geschwulstoperationen unter 41 Fällen 14 Todesfälle, 0 Gangraen, 7 mal leichte Störungen, bei anderweitigen Verletzungen incl. meines Falles und der von Desprès und Bergmann 9, darunter 2 Schussverletzungen, 3 Todesfälle, 2 mal Gangraen, worunter sich der nicht genauer beschriebene Fall von Roux und der von Linhart befinden, der wohl auch ohne Verletzung der Vene in Folge der schweren Quetschung zu Gangraen geführt hätte. [5])

S. V., 36 J. alt, Zimmermann, stiess sich am 29. V. 93 beim Fallen ein spitzes Stemmeisen von hinten her in den linken Oberschenkel mit solcher Gewalt, dass es vorne unterhalb der Schenkelbeuge wieder herausdrang. Sofortiger hochgradiger Blutverlust, so dass er ohnmächtig wurde. Mit einem Nothverband wurde er noch bewusstlos in die Klinik verbracht. Patient sehr anaemisch, Puls nicht zu fühlen. An der Innenseite des linken Oberschenkels nahe der Fossa ovalis eine klaffende, glattrandige, stark blutende Wunde,

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chir., 22. Bd. pag. 425.
[2]) Kast, deutsche Zeitschrift f. Chir. 1880, pag. 405.
[3]) Referat Centralblatt f. Chir. 1893.
[4]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. 37. Bd. p. 268.
[5]) Kageyama Inaug.-Diss. München 1895.

die Umgebung etwas vorgewölbt. An der Hinterseite ungefähr in gleicher Höhe eine 2. etwas kleinere Wunde mit nur geringer Blutung, der Lage entsprechend dem N. isch. Sofortige Erweiterung der vorderen Wunde, wobei nach Freilegung der Vena unter manueller Compression dieselbe sich als fast völlig quer durchtrennt erweist, hart oberhalb der Einmündung der V. saph. Arterie ist intact. Entfernung der Blutgerinnsel. Centrale und periphere Unterbindung. Lockere Tamponade der Wundhöhle. Naht. In den nächsten Tagen keine Cyanose, kein Oedem, viel Schmerzen am Unterschenkel. Sensibilitätsstörung im N. peron., Lähmung der Fuss- und Zehenmuskeln. Wundverlauf normal, auch nach einem 2. Eingriff zur Freilegung des N. isch., um eine allenfallsige Läsion desselben zu behandeln; der Nerv zeigt sich aber intact, nur in der Scheide derselben sitzt ein kleines Blutextravasat. In der Folge blieb die Peroneuslähmung bestehen, auch ausstrahlende Schmerzen am Unterschenkel, am Bein traten ausser Bett Oedeme auf, die Haut war auch nach längerer Ruhe dicker, glänzend. Am 19. Oct. 1893 konnte er arbeitsunfähig entlassen werden.

Viel weniger gefürchtet als die Verletzung der V. fem. comm. ist seit langem die Verletzung der **A.** fem. comm., wo ein reiches Collateralnetz für den Ausgleich sorgt, bestehend in den Aa. pudend., obt., isch., glut. sup. und kleinen Anastomosenästen aus der A. epigastr. inf., immerhin beziffert sich die Gefahr der Gangraen nach Raabe[6]) für Kriegsverletzungen auf 21 Proc., für Friedensverletzungen auf 19 Proc., wesentlich günstiger verläuft die Unterbindung der **A.** fem. ext., das Stück der fem. zwischen Abgang der profunda und zwischen poplitea, wo nach H. Schmidt[7]) unter 20 Unterbindungen sogar bei Schussverletzungen, die doch wesentlich ungünstiger sind, nur 1 mal Gangraen auftrat, während bei 7 Unterbindungen der **A.** fem. comm. schon 4 mal Gangraen sich einstellte. Die Verletzung der Art. iliaca ext. steht mit der der A. fem. comm. ungefähr in gleich hoher Gefahr, doch ist die Zahl der Friedensstichverletzungen eine sehr geringe, so habe ich nur 3 Fälle zur Beurtheilung, von denen 2 tödtlich, jedoch ohne Gangraen verliefen. Wir selbst haben einen weiteren Fall beobachtet, der geheilt wurde.

2. Unterbindung der **A.** iliaca ext. [8])

M. E., 16 J., Kochlehrling, stiess sich am 10. April 1894 aus Unvorsichtigkeit ein frisch geschliffenes Küchenmesser in die Gegend oberhalb der rechten Leiste. Sofortiger hochgradiger Blutverlust; sofort mit Compressionsverband in die Klinik verbracht. Patient sehr blass, Verband stark mit Blut durchtränkt, 1 Finger oberhalb des Poupart'schen Bandes dessen Mitte ungefähr entsprechend eine glattrandige, fast parallel mit dem Poupart'schen Bande verlaufende Schnittwunde. Bei Erweiterung der Wunde, die senkrecht in die Tiefe führt, finden sich grosse Blutgerinnsel in der Tiefe, nach deren Entfernung ein mächtiger Blutstrahl in die Höhe schiesst. Unter Compression der Aorta Freilegung der Gefässe. Nun findet sich gerade an der Stelle, wo die V. circumfl. ilei die A. il. ext. kreuzt, die Arterie an der vordern Wand breit durchstochen, auch an der hintern Wand sieht man eine spaltförmige Durchbohrung. Centrale und periphere Unterbindung, dann gänzliche Durchtrennung. Naht der Bauchmuskeln. Einlage eines Jodoform-Gazestreifens. In den ersten Tagen fühlen sich die Zehen kühl an, daneben bestehen Schmerzen in der Kniekehle, am 3. Tage bildet sich am Fussrücken eine mit schwärzlichem Inhalt gefüllte Blase, am 6 Tage an der Ferse, beide Blasen heilen aber nach ihrer Eröffnung rasch ab. Ausser leichter Retention normaler Wundverlauf. Mehrere Wochen erforderte die Behandlung eines thalergrossen Decubitus an der Ferse, auch klagte Patient mehrere Wochen über Schmerzen an der Sohle und an den Zehen. Patient wurde am 4. Juni geheilt entlassen.

Die Unterbindung der **Art.** iliaca int., die bekanntlich in der neuesten Zeit nach einem Vorschlage von Bier in einer ganzen Anzahl von Fällen zur Behandlung der Prostatahypertrophie vorgenommen wurde, verläuft ohne Gefahr und Circulationsstörung. Erheblich verschlechtert sich die Prognose bei der gleichzeitigen Unterbindung von **Art.** und **V.** fem., die des öfteren bei der nicht seltenen Verletzung beider Gefässe — verfüge ich selbst ja über 3 derartige Fälle — indicirt ist und die auch unseligerweise seinerzeit in einer ganzen Reihe von Fällen zur Behandlung der Venenverletzung am Poupart'schen Bande vorgenommen wurde.

(Schluss folgt.)

[6]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. V. Bd. p. 140.
[7]) Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1876 p. 589 11. H.
[8]) Inaug.-Diss. Büschl München 1895.

Aus dem alten allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-St. Georg (Abtheilung für Haut- und Geschlechtskranke, Oberarzt: Dr. Engel-Reimers.)

Beiträge zur Pathologie des Ikterus syphiliticus.

Von Dr. *Siegmund Werner*, Assistenzarzt.

Die Thatsache, dass im Verlaufe der Frühsyphilis ein Ikterus vorkommt, der nicht als zufällige Begleiterkrankung, sondern als der Ausdruck der specifischen Noxe der Constitutionskrankheit selbst aufzufassen ist, hat in neuerer Zeit immer wieder Bestätigung gefunden. Während den französischen Autoren der Zusammenhang von Gelbsucht und Frühsyphilis schon seit Längerem nicht unbekannt war, ist in Deutschland erst durch die Arbeiten von Engel-Reimers (1, 2) und durch die Verhandlungen des Congresses für innere Medicin 1893 die Kenntniss dieses Syphilissymptomes Allgemeingut der Kliniker geworden. Zahlreiche Arbeiten haben sich seitdem mit der Pathologie und vor Allem mit der Aetiologie dieser Gelbsucht befasst und durch zahlreiche in extenso publicirte Krankengeschichten ist — kaum noch bestreitbar — der Nachweis geliefert, dass es in der That einen Ikterus syphiliticus gibt.

Vorliegende Arbeit soll auch nicht durch Publication zahlreicher, genau geführter Krankenprotokolle das Bürgerrecht, das sich der Ikterus syphiliticus erworben hat, durch neue Beweismomente stützen. Die von uns angestellte Enquête hatte vor Allem den Zweck, die Häufigkeit dieses Krankheitsbildes zu eruiren. Hierzu dienten die vom Jahre 1878—1896, also während eines Zeitraumes von 19 Jahren, auf der Station für Geschlechtskranke im alten allgemeinen Krankenhause in Hamburg-St. Georg geführten Krankenjournale, für deren Ueberlassung ich meinem Chef, Herrn Dr. Engel-Reimers meinen verbindlichsten Dank sage. Um das Resultat unserer Untersuchung vorweg zu nehmen, so fanden wir unter 15 799 Fällen von Frühsyphilis 57mal einen Ikterus, den als specifisch aufzufassen uns berechtigt erschien = in 0,37 Proc. aller Fälle.

Den syphilitischen Ikterus charakterisiren folgende Punkte:

1. Auftreten im Früh-(Secundär-)Stadium der Syphilis,
2. gleichzeitiges Vorhandensein frischer specifischer Manifestationen,
3. Beeinflussung durch eine specifische Therapie,
4. plötzliches Entstehen ohne vorausgehende oder begleitende wesentliche gastrische Störungen.

Was den letzten dieser Punkte anbelangt, so betont Lasch (3) ganz richtig, dass leichte Beschwerden seitens des Digestionsapparates, wie Uebelkeit, Appetitlosigkeit und Erbrechen, sich häufig beim Ausbruch der constitutionellen Syphilis vorfinden, analog dem gestörten Allgemeinbefinden bei jeder Infectionskrankheit. Es ist dies Postulat daher nicht für alle Fälle durchaus zutreffend. Ebensowenig können wir uns dazu verstehen, die lange Dauer eines Ikterus als pathognomonisch für Syphilis zu verwerthen, da auch ein katarrhalischer Ikterus zuweilen einen protrahirten Verlauf nehmen kann, und da andererseits die prompte Reaction auf die eingeleitete Hg-Therapie geradezu beweisend wirkt.

Findet man also bei einem Individuum, das frühsyphilitische Efflorescenzen wie Exanthem, Condylome, Schleimhautsyphilide und Aehnliches aufweist, eine Gelbfärbung der Haut und der Schleimhäute, erfährt man, dass diese Gelbfärbung rasch und ohne gastrische Symptome entstanden ist, lassen sich für diese Gelbfärbung keine anderen aetiologischen Momente eruiren, so ist man berechtigt, diesen Ikterus als Symptom der Syphilis anzusehen. Schwindet dann unter der Zuführung von Hg neben den anderen Manifestationen der Luës auch der Ikterus, so ist hierdurch die Beweiskette geschlossen, zumal wenn ein Rückgang desselben auf die sonst üblichen therapeutischen Eingriffe ausgeblieben ist. In diesen durchaus typischen Fällen fällt das Auftreten des Ikterus zeitlich mit dem Ausbruch der Haut- oder Schleimhautsyphilide zusammen. In der Mehrzahl der Fälle gesellt sich das Symptom zu den ersten Eruptionsformen der secundären Syphilis oder zu den Erscheinungen des ersten Recidives. In selteneren Fällen begleitet der Ikterus spätere Recidive. Noch seltener, aber doch beobachtet, sind solche Verlaufsarten, dass der Ikterus zunächst mit den ersten Secundärsymptomen auftritt, mit diesen nach der

Hg-Cur verschwindet, sich aber gleichzeitig mit dem Recidiv wieder einstellt. Solche Fälle sind ausserordentlich beweisend für die Specifität des Ikterus; wir haben bisher nur einen derartigen Fall zur Beobachtung bekommen.

Es unterliegt für uns keinem Zweifel, dass dem aufmerksamen Beobachter die Zugehörigkeit einer weiteren Gruppe von einzelnen Fällen von Ikterus zur Syphilis nicht entgehen wird. Diese Fälle zeigen in ihrem Verlaufe einzelne Unterschiede gegenüber den allgemein anerkannten, einwandsfreien Beobachtungen: Einmal kommt es vor, dass ein syphilitisches Individuum an Ikterus erkrankt, ohne dass sich manifeste Symptome von Frühsyphilis nachweisen lassen. Trotz aller therapeutischen Maassnahmen nimmt die Intensität der Gelbfärbung noch zu, oder bleibt in dem bisherigen Grade bestehen. Nachdem der Ikterus, der im Uebrigen beschwerdelos verlaufen ist, einige Zeit gedauert hat, etabliren sich plötzlich Haut- oder Schleimhauteruptionen, deren Beseitigung durch antiluëtische Therapie auch den Ikterus zum Verschwinden bringt. Umgekehrt gibt es Fälle, in denen sich der Ikterus erst nach Beseitigung der Secundärsymptome, also im Anschluss an dieselben zeigt. Das sind jene Fälle, die von englischen Autoren als Beweis ausgeführt worden sind für ihre Annahme, dass der Ikterus lediglich einen Ausdruck der Quecksilberwirkung vorstelle. Diese a priori schon unverständliche Theorie — es müssten doch die Beobachtungen von Auftreten des Ikterus bei den unzähligen Hg-Curen, die Tag aus, Tag ein ausgeführt werden, weitaus häufiger sein — braucht wohl nicht mehr widerlegt zu werden; es ist doch viel plausibler, den Ikterus als ein frisches Krankheitssymptom aufzufassen, analog dem oft beobachteten Repulluliren der Haut- und vornehmlich Schleimhautsyphilide nach bereits längere Zeit durchgeführter Hg-Cur. Dazu kommt noch, dass dieser Ikterus sich gegenüber Karlsbader Wassercuren, Hegar'schen Darmeingiessungen u. s. w. refractär erweist, während er im Verfolge der Hg-Cur meist in auffallend kurzer Zeit verschwindet. Dass diese beiden Kategorien trotz des atypischen Verlaufes mit in das Krankheitsbild des Ikterus syphiliticus gehören, wird wohl jeder Unbefangene zugeben. Auch Neumann scheint derartige Fälle zu den einwandsfreien zu zählen. — Drittens endlich tritt der Ikterus bei syphilitischen Personen auf, ohne mit manifesten Symptomen zu coincidiren. Wir sind uns wohl bewusst, dass solche Fälle einer strengen Kritik durchaus nicht Stand halten und die geringe Zahl derartiger, in unseren Journalen die Diagnose «Icterus syphiliticus» tragender Fälle spricht dafür, dass wir ausserordentlich vorsichtig in der Beurtheilung solcher Fälle vorgegangen sind und erst nach genauer Kritik aller einschlägigen Momente uns zu dieser Diagnose entschlossen haben. In diesen Fällen ist der Ikterus gleichsam das Aequivalent für ein Recidiv. Wir beobachten bei solchen Kranken den auf den Primäraffect folgenden Ausbruch der Syphilis; einige Monate später zeigt sich ein typisches Recidiv; nach 5 bis 6 Monaten wird neben Chlorose, Adenopathie, Alopecie, Leukoderma und sonstigen Stigmata luëtica ein Ikterus constatirt, der, ohne gastrische Beschwerden, ziemlich lange verläuft, der gewöhnlichen Behandlung widersteht, nach Hg-Zuführung indess zurückgeht. — Nach $^3/_4$—1 Jahre findet sich wieder ein typisches frühsyphilitisches Recidiv; der sonstige Verlauf der Luës ist demnach keineswegs von dem gewöhnlichen different; nur zu der Zeit, in der wir sonst zuweilen das Wiederauftreten frischer Syphilide gewärtigen, findet sich ein Ikterus, der auf Hg in typischer Weise reagirt. Ein Gegner dieser Auffassung wird natürlich sagen: Es handelt sich in solchen Fällen um einen gewöhnlichen katarrhalischen Ikterus bei einem syphilitischen Individuum; der günstige Einfluss der Hg-Application ist dadurch zu erklären, dass die Gesammtconstitution des betreffenden Individuums durch Vernichtung der Toxine der latenten Syphilis gekräftigt und leichter in den Stand gesetzt wird, die den Ikterus erregenden Momente zu beseitigen. — Im gegebenen Falle ist also der individuellen Auffassung des Arztes ein ziemlich weiter Spielraum gegeben. Bei solchen Gelegenheiten ist natürlich nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose ex juvantibus zu stellen, deren Wahrscheinlichkeit im weiteren Verlaufe der Syphilis durch das in gewissen Intervallen stattfindende Auftreten von Recidiven gestützt wird. — Wir verwahren uns indess ausdrücklich gegen den Vorwurf, als ob wir jeden bei einem Syphilitischen auftretenden Ikterus als mit der Luës in Zusammenhang stehend betrachteten. (s. u.)

Wir fanden

bei Männern	unter 7680	frühsyphilitischen	12	einwandsfreie	I. s.	= 0,16 Proc.
bei Weibern	„ 8119	„	34	„	„ „	= 0,42 „
zusammen	„ 15799	„	46	„	„ „	= 0,29 „
bei Weibern	„ 8119	„	45	Fälle von	„ „	= 0,55 „
zusammen	„ 15799	„	57	„ „	„ „	= 0,37 „

Es fand sich der Ikterus syphiliticus

	bei Männern	bei Weibern	zusammen
in typischer Weise; und zwar:	12 mal	34 mal	46 mal
a) mit dem Ausbruche der ersten Secundärerscheinungen . . .	8 „	8 „	16 „
b) mit dem I. Recidiv	3 „	15 „	18 „
c) mit späteren Recidiven . . . (II. 1 mal; III. 2 mal; IV. 2 mal; V. 2 mal; VII. 1 mal.)	— „	8 „	8 „
d) fraglich, mit welchem Recidiv	1 „	3 „	4 „
in atypischer Weise; und zwar:	— „	11 „	11 „
a) im Anschluss an ein Recidiv	— „	2 „	2 „
b) einem Recidive vorausgehend	— „	2 „	2 „
c) an Stelle eines Recidives . .	— „	7 „	7 „

Aus beiden Tabellen lässt sich die Zahl der von uns beobachteten Fälle, ihre Verlaufsart und das zeitliche Auftreten des Syphilissymptoms ersehen. Wir entnehmen daraus folgende Thatsachen:

1. Die Häufigkeit des Ikterus syphiliticus ist = 0,37 Proc. Es ist demnach in der That das Vorkommen dieser Erkrankungsform keineswegs etwas Gewöhnliches, und die von Engel Reimers seinerzeit gebrachte Angabe von 1,4 Proc. hat sich bei der Berücksichtigung eines grösseren Materiales als zu hoch erwiesen. Engel-Reimers benutzte für seine Zusammenstellung die Krankenjournale der während 5 Jahren im Krankenhause an Frühsyphilis behandelten Prostituirten und fand damals unter 759 Fällen 11 mal die in Rede stehende Erkrankung. Ob dies auffällige Mehr rein zufälliger Natur ist oder aus dem zur Verwendung kommenden Materiale sich erklärt, ist nicht zu entscheiden.

2. Ikterus syphiliticus tritt bei Weibern häufiger auf, als bei Männern. Dieses, übrigens auch von anderen Autoren bereits betonte Factum erklärt sich nach Fournier (4) daraus, dass bei Frauen alle Symptome der Syphilis in der Frühperiode stärker ausgeprägt sind, als bei Männern, die Widerstandsfähigkeit des weiblichen Organismus geringer ist, als die des Mannes.

3. In den meisten Fällen (in $^3/_4$ der Beobachtungen) coincidirt der Ikterus mit dem Ausbruch des ersten Exanthems oder des ersten Recidives, seltener sind die Fälle, in denen sich der Ikterus zu einem späteren Recidiv gesellt. In 4 Fällen war die Feststellung unmöglich, um das wievielte Recidiv es sich handle. Dass wir bei Männern nicht über Beobachtungen, dass der Ikterus mit späteren Recidiven einhergeht, verfügen, erklärt sich nicht zum Mindesten daraus, dass unser männliches Krankenhauspublicum, das sich vornehmlich aus Arbeitern recrutirt, meist nur bei den frühen Attaquen in den ersten Monaten der Syphilis sein Leiden im Krankenhause behandeln lässt.

Andererseits sind die Beobachtungen an Frauen um so gründlicher, da es sich um regelmässig controlirte Prostituirte und um häufig dem Sittenpolizeiarzte vorgeführte Umhertreiberinnen handelt, deren Krankenjournale einen in der Regel mehrjährigen Verlauf der Syphilis illustriren. Aus dem gleichen Grunde fehlen bei Männern Beobachtungen von «atypischen Fällen».

Wie bereits hervorgehoben, liegt uns nichts ferner, als jeden Ikterus, der bei einem syphilitischen Individuum vorkommt, als specifisch aufzufassen. Eine kurze Uebersicht über Fälle von nicht syphilitischem Ikterus bei Syphilitischen wird unseren Standpunkt zur Genüge charakterisiren: Einmal beobachteten wir sehr häufig Fälle von gewöhnlichem katarrhalischen Ikterus, die entweder in der bekannten Weise ohne direct erkennbare Ursache auftraten, mit gastrischen Störungen, leichten Fiebererhebungen einhergingen, oder wohl nicht mit Unrecht auf Excesse in baccho und dadurch verursachte Gastroenteritiden zurückzuführen waren. In die gleiche Kategorie gehört die Beobachtung einer (1881) im Gefängniss grassirenden Epidemie von Ikterus, bei der eine nicht unbeträchtliche Zahl von Prostituirten und polizeilich eingelieferten Umhertreiberinnen erkrankten, und nach Beendigung der Strafhaft auf unsere Abtheilung in's Krankenhaus verlegt wurden. Alle

diese Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass sie nach Regelung der Diät und unter den entsprechenden therapeutischen Maassnahmen nicht anders verliefen, als wir es sonst bei katarrhalischen Affectionen der Gallenwege zu sehen gewohnt sind. — In einer weiteren Reihe von Fällen war die Gelbsucht nur als Symptom einer Laennec'schen typischen Lebercirrhose aufzufassen. Obwohl in der Anamnese von 3 von uns beobachteten Fällen Luës figurirte, handelte es sich, wie bei zweien durch die Obduction, bei einem durch die von chirurgischer Seite ausgeführte Laparotomie — es wurde ein Tumor in der Gegend der Gallenblase vermuthet — festgestellt wurde, um typische Lebercirrhose. Als aetiologisches Moment kamen Alkoholmissbrauch und Vagabondage in Betracht.

Ganz zu trennen von dem Krankheitsbilde des frühsyphilitischen Ikterus sind natürlich jene Fälle, in denen der Ikterus eine spätsyphilitische Leberaffection documentirt. Dass die viscerale Syphilis vornehmlich in der Tertiärperiode auftritt, ist allgemein bekannt. Solche Beobachtungen haben selbstverständlich mit dem in Rede stehenden Krankheitsbilde nichts zu thun. — Endlich möchten wir noch jene Fälle von den beschriebenen getrennt wissen, in denen sich im Anschlusse an Frühsyphilis eine acute gelbe Leberatrophie, also ein Ikterus malignus entwickelt. Engel-Reimers hat zuerst auf den Zusammenhang dieser beiden Krankheiten aufmerksam gemacht. Bei Frühsyphilitischen gesellt sich zu einem allgemeinen Haut- und Schleimhautexanthem ein Ikterus, der an Intensität rapide zunimmt. Das Allgemeinbefinden ist in hohem Grade gestört und unter zunehmender Prostration tritt binnen kurzer Zeit der Exitus ein. Wir brauchen an dieser Stelle nur auf die Engel-Reimers'schen Veröffentlichungen zu verweisen, die übrigens von anderer Seite verschiedentliche Bestätigung gefunden haben. Bei der Section fanden sich hochgradige Schwellung der periportalen Lymphdrüsen, ein Befund, den Engel-Reimers zur Erklärung des Auftretens des Ikterus verwerthet.

Was die Pathologie der Affection anbelangt, so ergeben sich aus den Krankengeschichten folgende Daten: (Die in der letzten Gruppe der tabellarischen Uebersicht erwähnten 7 Fälle sind hierbei unberücksichtigt geblieben).

Die Intensität des Ikterus ist verschieden: Von den leichtesten Graden der Gelbfärbung der Haut und Schleimhäute bis zum intensivsten olivenfarbigen Colorit kommen alle Uebergänge vor. Pruritus cutaneus ist selten. Xanthopsie sahen wir gelegentlich (3 mal), stets in wenigen Tagen vorübergehend. Auffallend ist folgende Beobachtung: In einer grösseren Anzahl von Fällen nimmt die Intensität des Ikterus nach der Einleitung der Hg-Cur noch zu, um dann nach bald erreichter Akme prompt zu verschwinden. Auf diese Thatsache, die wir unter 50 Fällen 14 mal constatirten, meist dann, wenn der Ikterus unter unseren Augen entstand, soll später noch näher eingegangen werden. Die Leberschwellung ist nicht besonders auffallend, entgeht daher zuweilen der percutorischen und palpatorischen Untersuchung; in einzelnen Fällen findet man jedoch eine deutliche Schwellung bis anderthalb bis 2 Querfinger über den Rippenbogen in der Mammillarlinie; sie ist zuweilen mit einer nachweisbaren Milzschwellung vergesellschaftet. Ascites wurde keinmal gefunden. Die Dauer des Ikterus beträgt 14 Tage bis 8 Wochen; in der Mehrzahl der Fälle dauert die Gelbfärbung nach Hg-Application 4 Wochen. 6 mal hatte der Ikterus bereits vor Eintritt der specifischen Behandlung 5, bezw. 8 Wochen bestanden, ging dann aber im Laufe eines Monats vollkommen zurück.

Was den Zeitpunkt seines Auftretens nach der Infection anlangt, so fanden wir ihn bereits 6 Wochen nach der Infection, zu einer Zeit, in der neben den ersten Symptomen der Secundärsyphilis noch der in Heilung begriffene Initialaffect oder dessen frisch vernarbte, noch typisch indurirte Narbe nachweisbar war. Der späteste Termin nach der Infection, wo wir Ikterus antrafen, betrug $2^1/_2$ Jahre. Die genaueren Zahlen ergeben sich aus folgender Uebersicht:

Die Dauer des Ikterus betrug	
etwa 14 Tage	5 mal
„ 3 Wochen	3 „
„ 4 „	21 „
„ 6 „	9 „
	38
Uebertrag	38 mal
etwa 8 Wochen	6 „
8 (—4) „	4 „
9 (—4) „	1 „
12 (—8) „	1 „
	50

Der Zeitpunkt post infect. betrug	
6 Wochen	8 mal
7 „	2 „
3 Monate	7 „
4 „	5 „
	22
Uebertrag	22 mal
6 Monate	6 „
9 „	2 „
1 Jahr	2 „
$1^1/_4$ „	3 „
$1^1/_2$ „	1 „
2 „	6 „
$2^1/_2$ „	1 „
fraglich, wie lange	8 „
	50

Der Verlauf der Syphilis ist in den Fällen, in denen Ikterus gefunden wird, meist ein schwerer; man findet ein rasches Aufeinanderfolgen der Recidive, ein häufiges Repulluliren der einzelnen Affectionen; der Ausbruch der Secundärsymptome ist ein ziemlich heftiger; Haut und Schleimhäute sind meistens übersät von zahlreichen Efflorescenzen. Im Besonderen fanden wir als gleichzeitige Luëssymptome:

1. nur Hautaffectionen (Exantheme)	18 mal
a) das Exanthem war maculös	3 mal
b) das Exanthem war papulös	15 mal
2. nur Schleimhautaffectionen (Papul. mucos.)	16 mal
a) in der Genitalsphäre	4 mal
b) in der Mund- und Rachenhöhle	7 mal
c) an beiden Regionen	5 mal
3. Haut- und Schleimhautaffectionen	16 mal
a) Exanthem	
α) maculös	4 mal
β) papulös	12 mal
b) Schleimhautpapeln	
α) an den Genitalien	1 mal
β) in der Mund- und Rachenhöhle	4 mal
γ) an beiden Regionen	11 mal

Auffallend starke Drüsenschwellung findet sich in den 50 Protokollen 41 mal notirt; 7 mal fehlt ein diesbezüglicher Vermerk, während 2 mal erwähnt ist, dass sich die allgemeine Adenopathie während der Behandlung entwickelt hat.

Die Zahl der zur Erklärung der Pathogenese des syphilitischen Ikterus der Frühperiode aufgestellten Theorien ist gross; fast könnte man sagen: so viel Autoren, so viel Ansichten. Das erklärt sich aus dem nahezu vollständigen Fehlen positiver Thatsachen. Skizziren wir in Kürze die einzelnen Erklärungsversuche:

1. Lanceraux (5), Cornil, Engel-Reimers, Quincke (6), Keyes (7), Otto (8) u. A. fassen den Ikterus als Compressionsikterus auf, hervorgerufen durch eine starke, den normalen Gallenabfluss behindernde Schwellung der Drüsenpakete an der Leberpforte. Analog der exquisiten, in der Frühsyphilis nachweisbaren Adenopathie der peripheren, fühlbaren Lymphdrüsen kommt es auch zu fibrösen Lymphadenitiden in den visceralen, speciell in den portalen Drüsenpaketen. Nicht unwahrscheinlich erscheint diese Hypothese durch die Obductionsbefunde der an Ikterus malignus (acute gelbe Leberatrophie) gestorbenen Syphilitischen, bei denen Engel-Reimers diese portalen Tumoren fand. Dass man in der Mehrzahl der Fälle von Ikterus syphiliticus eine auffallend starke universelle Drüsenschwellung findet, kann natürlich zum Beweise der Wahrscheinlichkeit dieser Theorie verwerthet werden. Hiergegen hat Senator (6) den Einwand erhoben, die Schwellung der periportalen Lymphdrüsen sei keineswegs so erheblich, dass sie eine Gallenstauung im Gefolge haben könnte; andererseits sei nicht einzusehen, warum dann nicht auch anderweitige Compressionserscheinungen, wie Milztumor und Ascites, zur Beobachtung kämen. In der That haben wir eine Volumzunahme der Milz in einzelnen Fällen durch Percussion und Palpation nachweisen können. Dieselbe hatte indess meist einen ephemeren Charakter, so dass wir geneigt sind, die Milzschwellung als den Ausdruck des Initialstadiums der Syphilisinfection aufzufassen, analog dem regelmässig beim Einsetzen von Infectionskrankheiten beobachteten Milztumor. Einen Fall, der indess die von Senator verlangten Erscheinungen: Ikterus, Milztumor und Ascites aufweist, beschreibt M. Otto (8) (Fall V). In diesem Falle, in dem es sich um einen beim Ausbruch der Secundärerscheinungen fieberlos und ohne gastrische Erscheinungen einsetzenden Ikterus mit starker Schwellung der Inguinal-, mässiger der Cervical- und Maxillardrüsen handelt, finden wir also die Senator'schen Postulate verificirt. Freilich darf man sich nicht verhehlen, dass einer einzigen derartigen Beobachtung nicht allzuviel Bedeutung beizulegen ist. Wie bereits erwähnt, fand sich in der doch immerhin beträchtlichen Anzahl von Fällen, die wir beobachteten, niemals Ascites.

2. Senator (6) steht ganz auf dem Standpunkte der zuerst von Gubler (9) ausgesprochenen Anschauung — im gleichen Sinne äusserten sich Hutchinson (10) und Chapotot (11) — wonach der Ikterus durch papulöse Processe, die sich im Tractus intestinalis abspielen, zu Stande kommt. Analog den Exanthemen der Haut und der sichtbaren Schleimhäute sollen im Magendarmcanal und in

den damit in Zusammenhang stehenden Canalsystemen im Gegensatz zu den Exanthemen als «Enantheme» bezeichnete Processe vorkommen. «Au moment, où l'exanthème apparaît à la peau, il se fait une poussée analogue sur les membranes muqueuses des organes internes.» Localisiren sich solche Enanthemeefflorescenzen an der Papille oder in den Gallengängen selber, so liesse sich durch die damit verbundene consecutive Schleimhautschwellung eine Verlegung der Gallengänge erklären. Für diese Theorie spricht einmal die Coincidenz mit Exanthemen, andererseits die Thatsache, dass dieselben besonders reichlich zur Entwickelung kommen Für die (vgl. Tabelle) 18 Fälle, in denen als gleichzeitige Luessymptome nur Hautaffectionen beobachtet sind, und jene 16, in denen sich das Exanthem gleichzeitig auf Haut und Schleimhaut vorfand, ist diese Erklärung daher ohne Weiteres denkbar. Anders verhält es sich mit den in der Gruppe 2) a erwähnten Fällen, in denen sich lediglich Schleimhautpapeln an den Genitalien finden, während die sichtbaren Abschnitte des Tractus intestinalis, die man doch bei Enanthemen a priori als besonders betheiligt erwarten dürfte, völlig frei sind. Zu Gunsten der «Enantheme» — derartige Laesionen sind begreiflicher Weise de facto noch nicht nachgewiesen — spricht vielleicht noch die oben erwähnte auffallende Thatsache, dass der Ikterus unter Umständen nach Beginn der Hg-Cur zunächst an Intensität zunimmt. Es ist eine sehr häufige Beobachtung, dass bei der Application von Hg ein in mässigem Grade bestehendes Exanthem zunächst stärker und deutlicher wird und an Ausdehnung zunimmt; erst wenn dem kranken Organismus genügende Quantitäten des specifischen Heilmittels zugeführt sind, beginnt die Wirkung desselben sich in der Vernichtung der Syphilistoxine, also im Verschwinden der Krankheitssymptome zu äussern. Analog wäre es nicht undenkbar, dass auch die Ausdehnung eines Enanthems trotz sofortiger Hg-Application zunächst solange zunimmt, bis das Gleichgewicht zwischen Heilmittel und den producirten Krankheitstoxinen hergestellt ist und eine sichtbare Abnahme der durch die Affection bedingten Symptome erst dann eintritt, wenn die volle Heilwirkung erzielt ist. — Anderenfalls, d. h. wenn man diesen rein theoretischen Erwägungen keine Bedeutung beimessen will, müsste man annehmen, dass der Grad der Härte und der Schwellung der portalen Lymphdrüsen zunächst unbeeinflusst durch das eingeführte Hg zunimmt, um sich erst später, auf die Einführung genügender Mengen von Hg reagirend, rückzubilden.

Die ausser diesen beiden Erklärungsversuchen, die die meisten Anhänger gefunden haben, aufgestellten Theorien stehen auf ziemlich schwachen Füssen. Der Vollständigkeit halber seien sie kurz erwähnt:

3. Mauriac (12) glaubt an einen echten Entzündungsvorgang in der Leber, an eine «Syphilis précoce du foie», die dadurch zu Stande käme, dass sich die Hyperaemie auch auf die Gallenwege fortsetze und hier die abgestossenen alten Epithelien, gleichwie die proliferirenden neuen, ein Hinderniss für die Fortbewegung der Galle abgeben. Sehr ähnlich ist die Auffassung Schroeder's (13), wenn er schreibt, «dass das Bacterium der Syphilis in der Leber, die eine Blutdrüse und zugleich eine secretorische Drüse ist, eine Congestion erzeugt, in den Epithelialzellen der Gallengänge eine katarrhalische Entzündung hervorruft, welche eine Proliferation und Abstossung der ersteren nach sich zieht, welcher Vorgang Obliteration der Gallenwege und damit Ikterus durch Resorption zur Folge hat». Nicht viel anders lautet die Erklärung Quédillac's (14). Ricord (15) führt den Ikterus auf eine Umstimmung des Organismus zurück, verursacht durch den Uebergang von Syphilisvirus in's Blut.

4. Nach Bäumler (16) ist der Ikterus der Syphilis nur indirect zuzuschreiben; nach seiner Ansicht entwickelt sich unter dem Einfluss des Fiebers der Eruptionsperiode ein Magendarmkatarrh mit Uebergreifen auf den Ductus choledochus, eine Theorie, die mit den Thatsachen unvereinbar ist, da ja gerade das Fehlen der gastrischen Prodromi für die Diagnose von Betracht ist. Ausserdem finden wir im Beginne anderer Infectionskrankheiten häufig genug acute Gastroenteritiden, aber doch höchst selten einen Ikterus. Warum sollte daher der mit der Syphilisinfection in Zusammenhang stehende Magendarmkatarrh ein anderes Verhalten aufweisen?

5. Neumann (17) spricht sich gegen die Lancereaux'sche Theorie aus; nach seiner Ansicht liegt dem Ikterus «eine Veränderung in den Gefässwandungen zu Grunde, welche Annahme in Analogie mit Affectionen anderer Organe sehr plausibel ist».

6. Nach Eichhorst (18), Finger (19) u. A. handelt es sich um einen chemisch-toxischen Katarrh der Gallengänge. Analog dem im Gefolge von Phosphor-, Blei- und Chloralhydrat (Wernich)-vergiftungen und nach Infectionskrankheiten, wie Typhus, Cholera, Malaria, fibrinöse Pneumonie, beobachtetem Ikterus, ist der syphilitische Ikterus Intoxicationserscheinung, also Ausdruck der im Körper aufgespeicherten Toxine.

7. Liebermeister (20) sieht die Ursache des Ikterus, in Anlehnung an die Minkowsky'sche (21) Auffassung, in einer Störung de normalen Function der Leberzellen. Während von ihnen unter normalen Bedingungen gewisse Stoffe nach den Gallenwegen, andere nach den Blutgefässen oder Lymphwegen ausgeschieden werden, kann unter pathologischen Verhältnissen auch ohne mechanische Behinderung des Gallenabflusses diese ihnen in intactem Zustande gewohnte Fähigkeit verloren gehen. Es käme demnach unter dem Einflusse der Syphilis zu einem «Diffusionsikterus».

Welcher von allen diesen Erklärungsversuchen der rationellste ist, ist nach den bisherigen Beobachtungen am Krankenbette nicht zu entscheiden. Einwandsfreie Sectionsbefunde von an benignem Ikterus syphiliticus leidenden Individuen fehlen, so dass das pathologisch-anatomische Substrat allen Theorien fehlt. Möglicherweise kann man die brauchbarste Erklärung in einer Combination der beiden ersterwähnten Hypothesen finden. Danach wäre die Schwellung der portalen Lymphdrüsen das eine, papulöse Efflorescenzen auf der Schleimhaut der Gallenwege das andere aetiologische Moment. Ob und welches von den beiden eine Prädisposition schafft, während dem einen oder dem anderen auxiliare Momente zu Grunde liegen, lässt sich zur Zeit nicht bestimmen.

Literatur.

1. Engel-Reimers: Ueber acute gelbe Leberatrophie in der Frühperiode der Syphilis. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanstalt. Bd. I, 1889.
2. Engel-Reimers: Ueber die visceralen Erkrankungen in der Frühperiode der Syphilis. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1892.
3. Lasch: Casuistischer Beitrag zur Lehre von den Visceralerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis. Berliner klin. Wochenschr. 1894, No. 40.
4. Fournier: Leçons cliniques sur la Syphilis. Paris 1884—86.
5. Lancereaux: Traité historique et pratique de la Syphilis. 2me Edit, 1873, pag 149 ff.
6. XII. Congress für innere Medicin. Wiesbaden 1893.
7. Keyes: Genito-urinary diseases with Syphilis. 1888.
8. M. Otto: Ueber syphilit. Ikterus. Inaug.-Diss. Kiel 1894.
9. Gubler: Mémoire sur l'ictère, qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces, in den Mémoires de la société de Biologie Bd. V, pag. 235 ff.
10. Hutchinson: Medical Times, Febr. 5, 1876, pag. 136.
11. Chapotot: Trois cas d'ictère survenue pendant la période secondaire de la Syphilis. Lyon méd. 1891. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1891.
12. Mauriac: Syphilis secondaire du foi. Gaz. Hebdom. de Méd. et Chir. 1888, Bd. LIII, No. 36 u. 37.
13. Schroeder: Contribution à l'étude de l'ictère syphilitique secondaire. Thèse de Paris 1886.
14. Quédillac: Thèse de Paris 1885.
15. Ricord: Clinique iconographique.
16. Bäumler: Syphilis. Leipzig 1886, pag. 184.
17. J. Neumann: Syphilis. In Nothnagel's Handbuch der Pathologie u. Therapie, 1896.
18. Eichhorst: Handb. der spec. Pathologie und Therapie Bd. II, pag. 389, 1893.
19. Finger: Die Syphilis u. die vener. Kranheiten. 1892.
20. Liebermeister: Deutsche med. Wochenschr. 1893, XVI.
21. Minkowsky: Verh. des II. Congresses für innere Medicin 1892, pag. 127.

Zur Diagnose des Ascaris lumbricoides.

Von Dr. *Müller de la Fuente* in Kemel.

Dass der einzig sichere Weg zur Diagnose einer Helminthiasis die mikroskopische Untersuchung der Faeces auf Wurmeier ist, steht ausser Zweifel, aber zur Geltung kommt dieser Satz doch nur bei Aerzten, die entweder selbst im Besitze eines Mikroskops sind oder denen, wie in grösseren Städten, ein solches in erreichbarer Nähe (z. B. bei Apothekern) zu Verfügung steht. Anders ist es bei den meisten Landärzten, deren überwiegende Mehrzahl kein eigenes Mikroskop besitzt und auch ein solches zur leihweisen Benutzung sich aus der Nähe nicht beschaffen kann. Dazu kommt häufig noch die Ungunst der localen Verhältnisse, die es meist geboten erscheinen lassen, schon beim ersten Besuche die Therapie einzuleiten und nothwendige Untersuchungen des Harns, Sputums, Faeces etc. erst nachher zu Hause vorzunehmen, da bei den Entfernungen der Ortschaften von der Wohnung des Arztes einer und der nächsten Apotheke andrerseits eine vorherige Untersuchung zuweilen ein Aufschieben der therapeutischen Eingriffe um zwei Tage bedeutet!

Das Gesagte soll erklären, warum ich noch einmal auf das schon etwas breitgetretene Capitel der Diagnose von Wurmkrankheiten, speciell des Ascaris lumbricoides zurückkomme, da doch offenbar bestimmte Gesichtspunkte vorhanden sein müssen, aus denen die Anwesenheit solcher Parasiten im menschlichen Darm mit annähernder Gewissheit hergestellt werden können, ohne dass zuerst das Mikroskop zur Hilfe herbeigezogen werden muss. Ich habe im Verlauf des letzten Jahres Gelegenheit gehabt, über hundert solcher Fälle zu beobachten, so dass ich

jetzt immer die Diagnose ohne Untersuchung der Faeces stelle. Der therapeutische Erfolg und die — wenigstens in letzter Zeit — gleichzeitige mikroskopische Untersuchung haben mir bewiesen, dass ich mich darin nicht mehr täusche.

Das zuerst in Erscheinung tretende Symptom, das auch meist den Grund zur Herbeiziehung des Arztes bildet, sind plötzlich auftretende, ziemlich heftige Leibschmerzen. Die Anamnese ergibt alsdann, dass geringe Leibschmerzen auch schon vorher bestanden haben, die aber, weil vorübergehend, nicht beachtet wurden, oder man erfährt, falls es sich um ein kleines Kind handelt, dass dasselbe in letzter Zeit unruhig war, viel schrie, die Nahrung zurückwies etc., was sich dann aber nach einem Tag, oft schon nach Stunden wieder besserte. Diese Schmerzen charakterisiren sich dadurch, dass sie genau lokalisirt werden können und nicht selten findet man auch eine mehr oder weniger starke Druckempfindlichkeit auf der von den Kranken angegebenen Stelle. Kleine Kinder, die sich ganz ruhig den ganzen Leib haben palpiren lassen, fahren plötzlich bei Berührung einer bestimmten Stelle zusammen und schreien, und derselbe Vorgang wiederholt sich, so oft man wieder bei der Palpation an die eine Stelle kommt. Die Differentialdiagnose von Entzündungserscheinungen ist durch das gänzliche Fehlen hohen Fiebers gegeben. Zwar pflegen abendliche mässige Temperatursteigerungen nicht zu fehlen, aber tagsüber sind die Kranken gänzlich fieberfrei; eher habe ich gefunden, dass die Temperatur alsdann etwas unter den normalen Stand sinkt. Dabei sind aber in besonders schweren Fällen die Schmerzen so gross, dass erwachsene Kinder laut aufschreien und jammern. Immer aber ist Stuhlgang vorhanden, entweder als Diarrhoe oder auch häufig völlig normal und das ist ein sehr wichtiges Unterscheidungsmerkmal. Die in der Literatur vielfach erwähnten Fälle von Convulsionen in Folge der Anwesenheit von Ascariden kann auch ich bestätigen und oft genug habe ich gefunden, dass die Ascariden die einzige Ursache der Krämpfe waren, da diese nach Abtreibung der Würmer sofort verschwanden. Andere nervöse Erscheinungen (z. B. choreatische Zustände) habe ich wohl gleichzeitig mit der Helminthiasis beobachtet, doch kann ich dieselben nicht in ursächlichen Zusammenhang mit dieser bringen, da sie auch nachher noch fortbestanden.

Eine eigenthümliche Erscheinung möchte ich hier nicht unerwähnt lassen: das ist das plötzliche massenhafte, fast möchte ich sagen epidemische Auftreten von Ascariden in einem bestimmten Bezirke. So erkrankten in einem Dorfe innerhalb dreier Tage fast alle Kinder daran und zwar unter den schwersten Erscheinungen. Zweie davon verstarben unter zunehmendem Collaps innerhalb weniger Stunden — ein Beweis, dass die Ascariden auch weniger unschuldig sein können, als im Allgemeinen von ihnen angenommen wird. Eine ähnliche Erscheinung beobachtete ich anderwärts, wo bloss die Schulkinder eines Ortes — ebenfalls innerhalb weniger Tage und unter bedrohlichen Symptomen erkrankten. Dabei hatten aber die Kinder nie vorher irgendwelche Beschwerden gehabt, welche auf die Anwesenheit von Würmern im Darm gedeutet hätten, auch war ihnen nie vorher ein Wurm spontan abgegangen.

Was überhaupt die Diagnose der Ascariden aus früher abgegangenen Würmern anbetrifft, so muss ich O. Leichtenstern zustimmen,[1]) der mit Recht sagt, dass der abgegangene Ascaride der einzige oder der letzte von Vielen sein könne. Ich habe derartige Fälle oft genug gesehen. Zudem wäre es doch etwas gewagt, wollte man den Eltern eines solchen kleinen vor Schmerzen sich windenden Patienten sagen: „Vielleicht hat der Kleine Würmer, aber wir wollen erst noch abwarten, ob vielleicht einer abgeht, bevor wir ihm das entsprechende Mittel geben.“ Ich glaube, die Eltern würden einem was Anders sagen, ebenso, wenn man vor der Verordnung erst eine Stuhlprobe zur mikroskopischen Untersuchung „zu Hause“ verlangte. Da heisst's eben, wie fast immer beim Landarzt: Hic Rhodus, hic salta!

Ganz auffallend ist bei Anwesenheit von Darmschmarotzern die enorme Gesichtsfeldverengerung. Angeregt zu dahingehenden Untersuchungen von Herrn Dr. Schlösser[2]), habe ich bei einigen intelligenten Kindern eine Gesichtsfeldaufnahme vor und nach der Abtreibung der Würmer vorgenommen und durchweg eine starke Verengerung gefunden, welche sich alsbald nach Abgang der Würmer wieder zur normalen Weite ausdehnte. Diese Verengerung kann schon bei der oberflächlichen Untersuchung (mit der von den verschiedenen Richtungen hergeführten Hand) leicht festgestellt werden.

Aus dem Gesagten geht auch hervor, dass die Erkrankung an Ascariden durchaus nicht so harmloser Natur ist, wie sie in den meisten Lehrbüchern geschildert wird, es müsste denn sein, dass der nassauische Spulwurm eine besondere boshafte Spezies ist, denn alle mir zu Gesicht gekommenen Erkrankungen waren schwerer Natur und von Collegen ist mir ein Gleiches oft bestätigt worden — was allerdings nicht ausschliesst, dass die Symptome ebenso oft und noch öfter so gering sind, dass sie leicht ganz übersehen werden. Immer aber ist die Gefahr vorhanden, dass sich der Zustand, wie ich schon zu Anfang gesagt habe, plötzlich in der angegebenen Weise verschlimmert.

Um so wünschenswerther wäre eine durchführbare Prophylaxe, aber von der kann natürlich keine Rede sein, solange wir über die Aetiologie noch ganz im Unklaren sind. Denn mit dem Worte „Unreinlichkeit“, womit man Alles erklären will, ist gar nichts gesagt. Ich habe genug Erkrankungen dieser Art auch in Familien besserer Stände gesehen, die, wie ich mich selbst überzeugen konnte, ihre Kinder peinlich sauber hielten, und dann: wie will man das plötzliche Massenauftreten, das ich oben erwähnte, damit erklären? Hier spielen offenbar noch andere Dinge mit, und wenn ein strebsamer junger Hygieniker sich einmal dazu herbeiliesse, diesen Dingen nachzuforschen, so könnte er des Dankes aller praktischen Aerzte gewiss sein.

Ueber die Wirkungen künstlicher Bäder.*)

Von Dr. *M. Stifler* in Bad Steben.

Ungeachtet mancher gemeinsamer Heilfactoren haben Hydro- und Thermotherapie sich doch in ihrer rationellen Begründung und daraus gefolgerten Indicationen eine gegenseitige Reserve gewahrt. Die Vertreter der Hydrotherapie bezeichnen diese wesentlich als Innervationstherapie, während die Bäderbehandlung hauptsächlich in statischer und dynamischer Beeinflussung des Blutkreislaufes besteht.

Aus wesentlich hydrostatischer Einwirkung auf die Componenten des Kreislaufes resultirt eine Variation des Druckes, der Herzarbeit, der Füllung des Herzens, des Tonus der Gefässe und der Gefässbezirke, letztere in entgegengesetztem Sinne verlaufend, je nach ihrer Sonderung in Arterien, Capillaren und Venen; wir haben da primäre, directe Reizung.

Der dynamische Reflex trägt das Gepräge intensiver Reizung der Haut, des Herzens und der ganzen Vasomotoren, also indirecte sensible, vasomotorische Reflexwirkung.

Ueber diese Unterschiede habe ich in der 16. Balneolog. Vers. berichtet und die einzig mögliche Methode angegeben, die die typische Wirkung qualitativ verschiedener Bäder erweist, durch genaue Untersuchung der Blutbewegung im Körper, der Stärke, Spannung, der Frequenz und des Volumens des Pulses, der Respiration, der Temperatur im Zusammenhalt mit anderen objectiven Erscheinungen.

Hydrostatische Einwirkung auf die Blutbahn zeigen die indifferenten Süsswasserbäder, die kohlensauren Bäder und die dichteren chemisch nicht differencirten Bademedien.

Vasomotorische Reflexe haben die Salz- und alle anderen chemisch differenten Bäder.

Bei der vergleichenden Untersuchung der künstlichen und und natürlichen Bäder mag das einfache indifferent temperirte Süsswasserbad gewissermaassen als Paradigma gelten, dessen Wirkung in leichter negativer Blutdruckschwankung während des Bades, ferner in Veränderungen des Pulsbildes beruht, die auf grösseren

[1]) O. Leichtenstern, Handbuch der spec. Therapie v. Penzoldt u. Stintzing Bd. IV.

[2]) Vergl. den Aufsatz in Nr. 5 dieser Wochenschrift.

*) Vortrag, gehalten in der XVIII. Baln.-Vers., Berlin 1897.

peripheren Druck des Bademediums, auf Veränderung der Lage, Beschleunigung der Respiration, auf eine durch beides bedingte tonische Depression des Gefässsystems ganz geringen Grades zurückzuführen ist.

Im Verhältniss dazu charakterisiren sich die Wirkungen der künstlichen Bäder in folgender Weise.

1. Sämmtliche kohlensaure Bäder, künstlich oder natürlich, haben gleichartige und gleichsinnige Wirkung, gleiche im Allgemeinen progressive Blutdrucksteigerung mit sichtbaren Zeichen der arteriellen Fluxion zur Haut mit collateralem und compensatorischem Ausgleich der Blutcirculation auf hydrostatischem Wege, vorausgesetzt, dass ihr Kohlensäuregehalt nach Reichardt'schem Messapparat 20—40 Vol. Proc. beträgt, ferner, dass die Kohlensäurewirkung rein, ohne chemische Nebenwirkung zu Tage tritt.

Die natürlichen kohlensauren Bäder, als deren typische Vertreter wohl die kohlensauren Stahlbäder, Franzensbad, Steben, Schwalbach und andere gelten, werden von den besten künstlichen Bädern nach Lippert und Keller an Kohlensäuregehalt kaum erreicht, jedenfalls aber nicht übertroffen. Bei Lippert' und Keller'schem Verfahren schwankt dieser zwischen 30—40 Vol. Proc. (bei 4 Athmosphären Druck); dieselben haben trotz ihrer scheinbaren Vollkommenheit im Gegensatz zu den natürlichen Bädern doch noch den Nachtheil, dass sie sich schwer, ungenau und unzuverlässig dosiren lassen; besonders die Keller'schen Bäder zeigen grosse Schwankungen, im Ganzen und Grossen aber sind beide zu Heilbädern qualificirt.

Aerztlich und technisch zu beanstanden sind die kohlensauren Bäder nach Sandow und Quaglio aus folgenden Gründen:

Die Sandow'schen Bäder sind in ihrem Kohlensäuregehalt ganz unzuverlässig; dieser schwankt von 10—30 Vol. Proc.

Die Quaglio-Bäder erreichen nur circa 25—28 Proc. Bei beiden Badeformen ist die Kohlensäure wegen ihres plötzlichen Entstehens höchst unangenehm und beängstigend, beide reagiren, ausser im Moment stärkster Kohlensäureentwicklung, stark alkalisch; letztere chemische Wirkung mit ihrer ganz unbestimmbaren Reflexreizung übertrifft und verändert die Wirkung der Kohlensäure in dem Sinne, dass wohl wie bei allen peripheren chemischen Reizen Blutdrucksteigerung eintreten kann, dass aber der Puls in Stärke, Spannung und Volumen durchaus nicht gleiche, sondern auch gegensätzliche Formen zeigt.

Wir haben es dabei mehr mit einer unberechenbar irritirenden Badeform zu thun, die keine bestimmte Indication zulässt, sondern vielmehr wegen der stellenweisen vehementen Kohlensäureentladung gefährlich auf das Herz, den Puls, sicher aber sehr ungünstig auf das Allgemeingefühl wirken kann. Ausserdem ist der Modus der Kohlensäureentwicklung im Quagliobad das Primitivste was man sich denken kann, so unpraktisch, dass letztere im Gegensatz zu den Sandowbädern sich nicht einmal zur örtlichen Anwendung eignet.

Da diese Badeform, besonders die Quagliobäder, leider durch fachmännische Unterstützung soviel Reclame gemacht haben, so ist es unsere Pflicht, den Aerzten, die berechtigter Weise die Indication der kohlensauren Badewirkung stellen, das thatsächliche Verhältniss vor Augen zu führen, um nicht die Wirkung der natürlichen und theilweise auch der mehrwerthigen, künstlichen kohlensauren Bäder danach zu beurtheilen.

2. Zu den statisch die Blutbahn beeinflussenden Bädern gehören bei nicht extremer Temperatur, nicht zu grosser Dichtigkeit, nicht zu langer Badezeit, die Moorbäder und Bäder überhaupt mit dichterem Bademedium, soweit dieselben üblich und bekannt und chemisch indifferent sind.

Ich habe früher gezeigt, dass das Moorbad chemisch indifferent ist, dass dessen Eigenwirkung wohl zumeist eine technische Frage ist, dass man nach Umständen mit der badegerechten Verarbeitung des Torfmulls dieselbe Wirkung erzeugen kann.

Zusatz von Salzen zum Moorbade modificirt auch die Wirkung des Moorbades, im Allgemeinen tritt dann die pressorische Reaction um so früher ein.

Das Moorlaugebad und das Moorsalzbad nach Mattoni als künstliches Surrogat des Moorbades, kann nicht im Entferntesten nur eine Aehnlichkeit mit der Moorbadwirkung aufweisen, die in tonischer Depression im visceralem Stromgebiet mit negativen Blutdruckzeichen besteht.

Das Moorlaugebad hat stark saure Reaction, röthet die Haut, macht leichte Blutdrucksteigerung im Verhältniss zu seiner chemischen Beschaffenheit; alles im Gegensatze zur Moorbadewirkung.

Das Moorsalzbad hat auch, aber geringe, saure Reaction und wirkt fast ganz indifferent und unmerklich auf den Blutdruck.

Das Moorlaugebad halte ich trotzdem für ein werthvolles Heilmittel, besonders im Hausbedarf, aber aus ganz anderen Gründen, als bis jetzt angenommen; nicht als Ersatz des Moorbades, sondern als einfach angenehm wirkende, relativ billige blutdrucksteigernde Badeform.

Gewisse Beimengungen zum Bade, wie Malz, Kleie, haben eigentlich nur mechanischen Zweck, dadurch sind sie aber oft unentbehrlich; es sind diese ganz besonders von Werth als Zugabe zu starken, kohlensauren Bädern wegen der verschiedenen individuellen Reizempfänglichkeit; dadurch kann die Grenze hydrostatischer und reflectorischer Einwirkung des kohlensauren Bades modificirt werden.

Aehnliche Wirkung hat das Fichtennadelbad, das Latschenkieferextractbad, das mehr das Gemeingefühl, Athmung, Geruch, weniger den Blutdruck beeinflusst, ebenso wie alle anderen vegetabilischen und aromatischen Bäder.

3. Die Wirkung des Salzbades als künstliche Badeform ist gleich den Soolbädern nur abhängig von seiner Concentration; die unterste Grenze der Wirkung ist das 1 proc. Salz- und Soolbad, d. h. die Wirkung, wo die tonische Depression des Gefässsystems und des Blutdrucks im indifferenten, temperirten, paradigmatischen Süsswasserbade ausbleibt, als erstes Zeichen beginnender Blutdrucksteigerung. 2—4 proc. Salzbad gibt überall gleichsinnige und gleichartige progressive Blutdrucksteigerung, während stärker concentrirte Salzbäder mit initialem Blutdruckmaximum einsetzen. Man braucht aber da sehr viel Salz (von Stassfurter Salz fast das Doppelte), um diesen Procentgehalt zu erreichen: circa 10 Pfd. bei 1 proc. Salzbad.

Kohlensaures Salzbad und kohlensaures Soolbad zeigen im Pulsdruck und im Pulsbilde deutlich sichtbare combinirte Wirkung der Kohlensäure und des Salzes, also grössere diastolische Füllung des Herzens, peripher arterielle Fluxion, sehr starke Blutdrucksteigerung, ob nach Lippert's oder Keller's Verfahren Kohlensäure zum Salzbade bezw. Soolbade oder umgekehrt zugesetzt wird.

Blutdrucksteigernd während, mitunter auch nach dem Bade, mit dem Charakter indirecter vasomotorischer Reizung, wirken alle chemisch differenten Bäder, ob dieselben Salze, Säuren oder Alkalien enthalten, je nach dem Grade ihrer Concentration; der unvergleichliche, unerreichbare Vorzug des Salzbades besteht in dynamischer, typischer Reflexwirkung auf den Blutdruck, die Athmung und Temperatur, besonders nachwirkend nach dem Bade unter Hebung des Gemeingefühls, weil das Kochsalz ein adäquater Reiz ist für die Haut als Sinnesorgan, im Gegensatz zu den anderen chemisch differenten Badereizen, die atypisch, unbestimmbar, bei zunehmender Stärke vehement, cumulativ und besonders nach dem Bade auch depressorisch wirken können.

4. Eine einfache, therapeutisch bis jetzt noch nicht gewürdigte Badeform ist das alkoholisirte Bad, das bei Zugabe von 1 Liter Alkohol im Minimum zum Bade schon eine ganz hervorragende Blutdrucksteigerung zur Folge hat und bei stärkerer Dosirung (4—5—6 Liter Alkohol pro Bad) das überhaupt bekannte und mögliche Blutdruckmaximum liefert; therapeutisch kommen nur $^1/_2$—1 proc. alkoholisirte Bäder in Betracht; in Verbindung mit natürlichen oder künstlichen kohlensauren Bädern ist dieses als eigentliches Champagnerbad das Balneum elegantissimum.

Bei meinen Versuchen war die Wirkung durch Einathmung thunlichst ausgeschlossen.

5. Zu den künstlichen Badeformen gehört auch das von Eulenburg wissenschaftlich eingeführte mono- und dipolare faradische Wasserbad; gerade dieses Bad mit der genau

bestimmbaren Grösse der Hautreizung durch den elektrischen Strom beweist meine Untersuchung über die typische, indirecte oder eigentlich sensible vasomotorische Reflexwirkung der chemisch differenten Bäder; durch Veränderung der Stromstärke verändert man den pressorischen Effect.

Dieses faradisch-elektrische Wasserbad ist, wie wohl allgemein behannt, von ganz ausgezeichneter Heilwirkung; so kenne ich z. B. 2 Fälle von Morbus Basedowii dadurch geheilt seit mehreren Jahren.

Die künstlichen Bäder sind also auch bei liberalster Auffassung nur in sehr beschränkter Weise ein Ersatz für natürliche Heilbäder; wenn vollwerthig, haben dieselben, prinzipiell und thatsächlich, gleiche Wirkung.

Die technischen, ökonomischen und hygienischen Schwierigkeiten lassen gewöhnlich vom ärztlichen Standpunkt aus nur einen aushilfsweisen Gebrauch zu; zu einer formellen Cur eignen sich dieselben nicht.

Die äusseren Verhältnisse bei der Mehrzahl der Anstalten für künstliche Bäder sind durchaus nicht einwandsfrei; gewöhnlich sind sie hygienisch zu beanstanden im Gegensatze zu den bekannten hygienischen und klimatischen Heilfactoren der Curorte.

Die künstlichen vollwerthigen differenten Bäder erfordern dieselbe specialistische ärztliche Verordnung und Beobachtung, wie die natürlichen Heilbäder.

Curorte können zweifelsohne auch auf künstliche Weise die Art und Constitution ihrer Bäder verändern, bezw. verbessern, doch ist dabei die grösste Vorsicht und Reserve geboten; es soll sich ja jeder Curort seine Eigenart im Wesentlichen wahren, anderseits kann er nach entwickelten Gesetzen der Bäderwirkung den Kreis seiner Indicationen erweitern und so den Monopolisirungstendenzen gewisser Curorte berechtigter Weise entgegentreten.

Feuilleton.

Maassregeln gegen die Curpfuscherei aus älterer Zeit*).

In wie freimütiger und derber Weise unsere Collegen in älterer Zeit gegen die Curpfuscherei eiferten, kann man auch in einem Kräuterbuch aus dem Jahr 1609 lesen. Das Buch führt den Titel:

HORTULUS SANITATIS.

Das ist / ein heylsam vnd nützliches Gährtlin der Gesundtheit. In welchem alle fürnehme Kräutter / die so wol in den beyderley Indien / als an allen andern Orten der Welt zu finden.

Erstlich von CASTORE DURANTE einem Römischen Artze vnd Simplicisten in Italienischer Sprach verfertigt / nunmehr aber in vnsere hoch Teutsche Sprach versetzt / Durch PETRUM UFFENBACHIUM der Artzeney D. vnd bestellten Medicum in Franckfort.

Getruckt zu Franckfort am Mäyn / durch Nicolaum Hoffmann / in Verlegung Ionae Rhodij.

Im Jahr MDCIX.

In der Vorrede zu diesem Buch, das auch einem fürstlichen Herrn gewidmet ist, finden sich ergötzliche, aber auch sehr wahre Auslassungen über die Curpfuscher damaliger Zeit, die ganz auf heute passen.

Nicht aus Neyd / sondern auss Christlichem Mittleyden gegen denjenigen / so võ diesen Jaghunden dess leydigen Teuffels werden hindergangen / võ in derselben Klauwen elendiglich verderben / wird geredt. Vnd dieweil den Landtstreychern vnd Zahnbrechern von den Christlichen Obrigkeiten (das denn billich zu beweynen) nicht gewehret wirdt / frolocken sie desto mehr / vnd fahren desto frenentlicher fort die Leiber mit ihrem teuffelischem Speychel zu besuddeln / zu würgen vnd zu morden.

O wie einen vnsäglichen Schatz würden die Seyler in kurtzer Zeit auss ihren Stricken vnd Seylern erlösen / vnd wieviel die Zimmerleut / Mäurer vnd andere mit auffrichtung der Galgen heutigs Tags zu thun bekommen / wenn man diejenige samptlich solte hinauss führen / so bey solchen Speychelkrämern Raht suchen / so wol auss hohes / als nidriges Standts Personen.

Ja / wenden sie vor / mann siehet gleichwol in der täglichen Erfahrung / dass durch sie vielen ehrlichen Leuten wirdt geholffen. Antwort: Das Geschrey von denjenigen / so etwann von vngefähr / vnd nicht vermög der Kunst vnter ihren Cuhren genesen / ist allezeit mächtig gross / vnd kömpt in kurtzer Zeit sehr weyt: Wieviel aber hergegen durch sie vmbkommen / võ als offene Mörder mit grosser Anzahl werde vmb das Leben gebracht / dass wissen sie sehr fein zu vertuschen / vnd hilfft ihnen die liebe Erde solche ihre begangene Vbelthat verdecken / vnd müssen sich diejenigen / so sie zu denselbigen ihren Freunden oder Angehörigen beruffen / nachmals selbst schaemen / viel davon zu klagen.

Dann wendet sich der Verfasser gegen einzelne Stände, die gern mit Stümpeln in der Artzney zubringen / vngeacht dass der Apostel Petrus in dem vierdten Capittel seiner ersten Epistel alle die / so in ein frembd Ampt greiffen / den Dieben und Mördern nechst an die Seyte setzt / vnd solche gleichsam mit einander in eine Zunfft eynschleust vnd begreifft: Ja vngeacht / dass Syrach in dem dritten Capittel seines Buches ausstrücklich sagt / Was deines Ampts nicht ist / da lass deinen Fürwitz / denn dir ist vorhin mehr befohlen / weder du kanst aussrichten.

Solche polypragmones oder Hans in allen Gassen aber erzeigen sich in diesem den vnersättlichen Schweinen gantz ähnlich: Denn gleich wie dieselbige bey dem Trog nicht lang an einem Ort bleiben / sondern hin und her lauffen / võ immer vermeinen, anderstwo etwas besseres zufressen zufinden / also wollen auch diese ihre Nasen in einen jeden Kaath haben / vnd lassen sich beduncken / in andern vnd frembden Geschäfften etwas mehr zugewinnen / darzu sie denn ihr Weibischer Fürwitz / vnd bodenloser Geitz / welcher ihnen viel haerter / als dem Mohren die schwartze Farb anhaengt / vnauffhörlich reitzt und treibt.

Dr. P. Zinsser, Rochlitz i. S.

*) Ein Beitrag zu den Artikeln in No. 18 und No. 23 dieser Wochenschrift: Maassregeln gegen die Curpfuscherei älterer Zeit.

Referate und Bücheranzeigen.

M. v. Frey: Untersuchungen über die Sinnesfunctionen der menschlichen Haut. I. Abtheilung: **Druckempfindung und Schmerz.** Des XXIII. Bandes der Abhandlungen der mathematisch-physischen Classe der königl. sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften Nr. III. Leipzig 1896 bei S. Hirzel. Preis Mk. 5.—. 266 Seiten.

Von allen physiologischen Untersuchungen sind die am lebenden normalen Menschen dem Arzte von besonderem Interesse, da er auf Grund derselben ohne Zeitverlust an die Untersuchung des erkrankten Menschen herangehen kann, denn die Grundbedingungen hierfür: Methode und Feststellung der normalen Verhältnisse sind eben schon gegeben. Freilich gibt es solcher nicht viele und unter diesen verdienen die Untersuchungen v. Frey's über die Sinnesfunctionen der menschlichen Haut die besondere Beachtung der Kliniker. Bei der Fülle von Einzelbeobachtungen, der scharfen, die feinsten Details berücksichtigenden Kritik der Versuchsanordnung wie der Resultate und auch der vorsichtigen Erklärungsversuche, werden je nach den einzelnen Gesichtspunkten bald diese bald jene Resultate besonders hervorzuheben sein. Dem Arzte dürfte ein Hinweis auf v. Frey's Methode der Bestimmung der Feinheit des Drucksinnes willkommen sein. v. Frey benützte zur Ermittelung der Druckempfindlichkeit einer Hautstelle sogenannte «Reizhaare», kurze Stücke von Haaren, die im rechten Winkel an ein Holzstäbchen gekittet sind. Drückt man mit einem solchen Haar auf eine Hautstelle, so ist der Druck, die Intensität der Reizung, abhängig 1. von der Fläche, welche gedrückt wird resp. welche drückt, d. i. der Flächeninhalt des Querschnitts des Haares, und 2. von der Kraft, mit welcher gedrückt wird; diese wird gemessen, indem man zusieht, welches grösste Gewicht auf der einen Waagschale einer Waage das auf die andere Waagschale gestemmte Haar noch zu heben vermag, ohne sich zu krümmen. Es ist dann der «Druck des Haares» gleich dem Verhältniss zwischen Kraft und Fläche. Beträgt z. B. der Querschnitt des Haares $4130\,\mu^2 = 0{,}00413\ mm^2$ und vermochte das Haar 37 mgr (0,037 gr) zu heben, so ist der Quotient $0{,}037\ gr : 0{,}00413\ mm^2$ gleich $9\ g/mm^2$. Es ist klar, dass durch geeignete Auswahl der Reizhaare von verschieden grossem Querschnitt und verschiedener Elasticität eine ganze Scala von Reizwerthen aufgestellt werden kann. So ist es möglich, die Reize genau zu dosiren. Um nun eine solche grössere Zahl verschiedener Reizhaare entbehrlich zu machen, deren Herstellung und Aichung eine mühevolle Arbeit ist, construirte v. Frey für den klinischen Gebrauch nach dem Princip der Reizhaare seinen «Aesthesiometer», indem er einem bestimmten Haar durch Führung in einer Hülse verschiedene Länge und damit verschiedene Druckwerthe gab. (Zu beziehen von E. Zimmermann, Leipzig, Emilienstr. 21 zum Preise von 5 Mk.). Ueber die Art der Verwendung des Aesthesiometers zur Bestimmung der Druckpunkte u. s. w. muss natürlich auf das Original verwiesen werden, wie auch ein genaues Studium der Arbeit zur Verwerthung der Versuchsresultate unerlässlich ist.

Hans Koeppe-Giessen.

Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der Pathologischen Anatomie. I. Bd. **Allgemeine Pathologische Anatomie.** Mit veterinär-pathologischen Beiträgen von A. Johne und einem Anhang: **Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden** von G. Schmorl. Fünfte völlig umgearbeitete Auflage. Mit 218 zum Theil farbigen Abbildungen im Text (744 S.). Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel 1897. Preis 20 Mk.

In der 5. Auflage des bekannten trefflichen Lehrbuches von Birch-Hirschfeld haben, entsprechend den grossen Fortschritten der letzten Jahre auf dem Gebiete der allgemeinen Morphologie und Aetiologie, fast sämmtliche Capitel eine mehr oder weniger durchgreifende Umarbeitung und zum Theil auch eine wesentliche Erweiterung erfahren. Gleichzeitig wurde die Zahl der Abbildungen erheblich vermehrt und viele der älteren Figuren durch bessere ersetzt. Die dem Texte eingefügten Figuren sind grösstentheils sehr instructiv und von guter Ausführung, namentlich gilt dies von den in mehrfachem Farbendruck gegebenen Abbildungen. Wie schon die früheren, so zeichnet sich auch diese Auflage des Werkes durch eine der hohen Bedeutung des behandelten Stoffes entsprechende Gründlichkeit, verbunden mit überaus klarer, anschaulicher und fesselnder Darstellung aus. Ein besonderer Vorzug ist es, dass namentlich auch die Pathogenese und Aetiologie der verschiedenen krankhaften Processe eine sehr ausführliche Besprechung erfahren haben und dass unter Mitwirkung von Johne die Thierpathologie Berücksichtigung gefunden hat, wodurch eine einseitige Auffassung der Krankheitsprocesse vermieden wird.

Wünschenswerth wäre eine etwas ausführlichere Bearbeitung des Capitels über die Missbildungen; auch wäre es gut, wenn wenigstens die wichtigsten Missbildungen durch Abbildungen erläutert würden.

In dem von Schmorl bearbeiteten Anhang ist die pathologisch-histologische Untersuchungstechnik in ausführlicher und dabei doch sehr übersichtlicher Weise geschildert. Die Vorschriften für die einzelnen Methoden sind stets präcis und klar und sind jedesmal die besonderen Vorzüge einer Methode, sowie auch ihre Nachtheile ausdrücklich hervorgehoben. Nach Beschreibung der verschiedenen Methoden im Allgemeinen gibt der Verfasser noch eine Uebersicht über die Verwendung der geschilderten Methoden für die Untersuchung der einzelnen Zell- und Gewebsbestandtheile, Degenerationsformen, der verschiedenen Organe und Gewebstypen, sowie der pflanzlichen und thierischen Parasiten. Hauser.

G. Schmorl: Die Pathologisch-Histologischen Untersuchungs-Methoden. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel 1897. 155 S. Preis 3 Mk.

Das Werkchen ist eine mit eigener Paginirung und einem besonderen Sachregister ausgestattete Sonderausgabe des dem Lehrbuch von Birch-Hirschfeld beigefügten und von Schmorl bearbeiteten Anhanges über die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden (siehe obiges Referat). Das in jeder Hinsicht gediegene Buch ist ein vorzüglicher Rathgeber bei pathologisch-histologischen Arbeiten und wird gewiss bei Allen, welche sich mit derartigen Studien beschäftigen, eine warme Aufnahme finden. Hauser.

Wiener: Die hygienische Beurtheilung der Militär-Kleidung und -Rüstung. Wien und Leipzig 1897. Verlag von Wilhelm Braumüller. Preis 7 Mk.

Die vom k. und k. Militär-Sanitäts-Comité gekrönte Preisschrift, welche auf 290 Seiten 88 Abbildungen enthält und mit Literaturverzeichniss, sowie ausführlichem Register versehen ist, gibt in den beiden ersten Abschnitten eine sorgfältige Schilderung der zu den Geweben verwendeten Grundstoffe und der Webweise bei den baumwollenen, leinenen, wollenen und seidenen Zeugen. Der dritte Abschnitt handelt von der Untersuchung der Gewebe in Bezug auf deren Zusammensetzung, Farbe, Festigkeit, Dicke, Elasticität, specifisches Gewicht, Porenvolum und Durchlässigkeit für Luft, wobei auch die Imprägnirung und die wärmeregulirenden Eigenschaften der Kleidungsstoffe zur Sprache kommen. Recht instructiv ist das mikroskopische Bild der Fasern eines benetzten imprägnirten Tuches, woraus sich erkennen lässt, dass das Eindringen des Wassers durch dicht neben einander stehende, den Fasern anhaftende Luftbläschen erschwert wird. Es wird mit Recht darauf hingewiesen, dass beim Tragen von Kleidungsstücken aus nicht imprägnirten Stoffen im Falle starker Durchnässung unter gewissen Umständen (schwere Körperbelastung, grosse Hitze) viel mehr den Hitzschlag befördernde Momente geschaffen werden können als bei einer Kleidung von imprägnirtem Stoff.

Der vierte Abschnitt behandelt die Militär-Kleidung und -Rüstung. Es wird die zweckmässigste Anordnung der Kleidung einerseits zur Verhinderung zu starker Wärmeabgabe bei niedriger Aussentemperatur, andererseits zur Verhütung einer Stauung im Wärmeabfluss bei hoher Aussentemperatur erörtert, bei Besprechung der starken Abkühlung unter nassen Kleidern die erheblichen Unterschiede des Wärmeverlustes bei verschiedener Webeweise der Bekleidungsstoffe erwähnt, auf das rasche Ansteigen des Kohlensäuregehaltes der Kleiderluft, sowie der Riech- und Eckelstoffe bei hoher Temperatur und auf die Nothwendigkeit der Beseitigung aller Ventilationshindernisse aus der Kleidung hingewiesen. Es werden dann die einzelnen Kleidungsstücke, die in den grösseren Heeren eingeführt sind, vom Helm bis zum Stiefel, sehr eingehend auf ihre Zweckmässigkeit geprüft und endlich eine vergleichende Uebersicht der Rüstung, ihres Gewichtes, ihrer Tragweise u. s. w. bei den verschiedenen Waffengattungen der europäischen Heere gegeben.

In einem fünften Abschnitt wird der Verbrauch der Kleidung durch Abnützung, Waschen und Dampfdesinfection geschildert. Die vom Verfasser angestellten Versuche über den Pilzgehalt alter Kleidungsstücke bestätigen die Erfahrungen von Pfuhl und Anderen, dass die darin enthaltenen Bacterienarten gewöhnlich harmlos saprophytischer Natur sind.

Allen, die über Kleidung im Allgemeinen wie über Militärkleidung im Besonderen in hygienischer wie technologischer Beziehung Belehrung suchen, Aerzten, Officieren und Beamten kann das Buch wegen seiner übersichtlichen Anordnung des Stoffes und wegen der Vollständigkeit, mit der alle einschlägigen Fragen an der Hand fremder und zahlreicher eigener Versuche behandelt sind, als ein sicherer Führer auf's Beste empfohlen werden. Port.

V. Babes und P. Blocq: Atlas der pathologischen Histologie des Nervensystems. Berlin, Hirschwald.

Von dem in der Münch. med. Wochenschr. 1893 pg. 701 angekündigten Prachtwerk liegt uns das zweite Heft vor, das ausschliesslich der Entzündung, Degeneration und Regeneration der peripheren Nerven incl. die Rückenmarkswurzeln gewidmet ist. Einen ziemlich grossen Theil des Heftes nimmt die Regeneration der Nerven nach Durchschneidung, bearbeitet von Vanlair, ein, natürlich ohne dass dieses überaus schwierige Thema zu einem Abschluss gebracht würde. Homen, Babes und Marinesco beschreiben eine Anzahl Befunde bei verschiedenartigen Erkrankungen, wobei Syphilis und Lepra nicht fehlen. Eine erschöpfende Behandlung des Stoffes ist nirgends beabsichtigt, doch bieten die 9 Tafeln eine reich besetzte Musterkarte der verschiedenartigsten Alterationen der Nerven. Bleuler-Rheinau.

Jakob: Atlas der klinischen Untersuchungsmethoden nebst Grundriss der klinischen Diagnose und der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. München, J. F. Lehmann. Preis 10 Mk.

Ein werthvolles Glied in der Reihe der Lehmann'schen Atlanten bildet der vorliegende. Wenn hier gesagt wird, dass er sich seinen als mustergiltig bekannt gewordenen Vorgängern würdig anreiht, so dürfte dies Urtheil gerade für die klinischen Untersuchungsmethoden u. s. w. nicht zu günstig sein, denn die Schwierigkeit, welche eine bildliche Darstellung namentlich der Percussion und Auscultation bietet, ist äusserst geschickt überwunden. Gewiss wird, wie J. selbst sagt, sein Atlas und sein Grundriss — dieser zum Theil musterhaft, kurz, aber reichhaltig, alles Neue umfassend — grosse Lesebücher nicht entbehrlich machen, aber ebenso gern,

wie der für das Staatsexamen paukende Student wird der vielbeschäftigte Praktiker oder der täglich untersuchende Kliniker und Anstaltsarzt dieses Buch auf seinem Schreibtische liegen haben.

Nichtsdestoweniger ist Einiges doch auszusetzen. Zuerst sind die Tafeln, die mit einigen Ausnahmen (z. B. X, 3 und 4, XX 3 und 10) gut gelungen sind, nicht immer genau. Verwiesen wird auf Buchstaben, welche fehlen (a in VIII 2, c in VIII 1), im Text ist XXVI von der auf der Tafel nicht sichtbaren, rothen Nierendämpfung die Rede, XXXVI spricht der Text von gedämpft-tympanitischem Schall, die Tafel zeigt nur gedämpften, XXX und XXXIX ist im Text von einer links- bezw. rechtsseitigen Affection die Rede, während die Tafel die umgekehrte zeigt, XXXVII spricht von vesiculärem Athmen, die Tafel hat bronchiales und hauchendes, ein Fehler, der sich auch XL findet, XLI ist eine grosse Dämpfung der Tafel im Texte gar nicht erwähnt und so noch einige andere Dinge, das sollte eine sorgfältige Correctur vermeiden.

Von Einzelnheiten möchte Ref. Folgendes erwähnen: Bei weiblichen Kranken kann man die Athmungsgrösse kaum genau über die Brustwarze weg messen (S. 13). Bei den Untersuchungsmethoden möchte noch erwähnt werden (S. 19—20) die unmittelbare Untersuchung mit Instrumenten, «Autoskopie» des Kehlkopfes und Rachens, ferner die einfache Durchleuchtung der Höhlen und die mit Röntgenstrahlen ausgeführte, zu γ: Rachenspiegel, zu δ: Oesophagoskopie, weiter sind weibliche Specula, die «Mensuration» des Gewichtes und der Länge nicht zu vergessen, endlich neben dem Stethoskop die neuen Phonendoskope. Dass die Kehlkopfspiegelung regelmässig bei wiederholten Versuchen (ohne Cocaïn?) gelinge (S. 23), möchte Ref. nicht zugeben, ebenso nicht, dass das Empyem der Stirnhöhle einfach durch Punction nachgewiesen wird (S. 37). Auf S. 24 dürfte die jetzt recht oft angewendete Temperaturmessung unter der Zunge, S. 81 die epileptischen Zungennarben, sowie die Blässe des Gaumens mit einer, dem Anfänger Angina vortäuschenden Röthe der Bögen nicht weggelassen werden, ebenso S. 89 Erbrechen durch Husten und durch Berühren des Pharynx. Die durch den Schulterblattwinkel führende Linie ist doch (wie weiter unten richtig steht) die Scapular, nicht die hintere Axillarlinie (S. 41).

In stilistischer Hinsicht sollten Wendungen wie folgende nicht stehen bleiben: «Die Bacillen sind roth, alles Andere blau gefärbt», «vom Rectum resp. Vagina aus». Der Druckfehlerteufel hat ebenfalls weidlich gehaust, und wenn man ihm neben manchem anderen Lapsus den «Phthysiker» verzeiht, so dürfte doch der «Zotenkrebs» in anständiger Gesellschaft nicht geduldet werden.

Nicht um zu nörgeln, führt Ref. diese Mängel und Mängelchen an, sondern in der Ueberzeugung, dass durch solches «Aufstechen» die zweite Auflage sich rein von Schuld und Fehle präsentire. Sie wird dann in der That ein Cabinetstück! Eine beinahe persönliche Bemerkung möge den Schluss bilden: Des Ref. Dank für das muthige Wort gegen Alkoholgabe bei Tuberculose und Chlorose (S. 132 und 211).

Georg Liebe-(St. Andreasberg).

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1897, No. 25.

F. Kuhn-Giessen: **Die Pylorussondirung.**

Verfasser weist die Vorwürfe, die ihm Hemmeter-Baltimore in einem Artikel «Die Priorität der Pylorussondirung» gemacht hat (Centralblatt für innere Medicin 1897, No. 2), als unberechtigt zurück.

W. Zinn-Berlin.

Archiv für klinische Chirurgie. 54. Band, 3. Heft. Berlin, Hirschwald, 1897.

1) Lennander: **Ueber die Behandlung der Ruptur der hinteren Harnröhre, mit 4 Fällen von Ruptur der Pars membranacea, darunter eine Fahrradverletzung.** (Chirurg. Klinik Upsala.)

Alle schwereren Fälle von Ruptur der hinteren Harnröhre sind sofort der Urethrotomie zu unterziehen. Findet sich die Harnröhre quer abgerissen, so soll man immer einen Versuch machen, die getrennten Theile durch extramucöse Nähte zu vereinigen. In einem vom Verfasser in dieser Weise behandelten Falle, der durch Fall auf das Hinterrad eines Fahrrades entstanden war und in dem die Harnröhrenenden 3½ cm von einander entfernt lagen, trat prima intentio ein. Bei den übrigen 3 Patienten wurden die Harnröhrenenden freigelegt, und ein Dauerkatheter eingelegt. Bei zweien trat Heilung ohne Strictur ein. Der dritte heilte mit Fistel und Strictur. Ein Versuch zur Heilung derselben mittels Urethrectomie blieb resultatlos, es stellte sich Cystopyelonephritis ein, so dass eine obere Blasenfistel angelegt werden musste.

2) Joachimsthal-Berlin: **Functionelle Formveränderungen an den Muskeln.**

Wie bei den Knochen, so zeigen auch bei den Muskeln Form und Function Uebereinstimmung. Die Muskellänge ist abhängig von der Excursionsgrösse des durch den Muskel unmittelbar bewegten Theiles. Bei etwaigen Aenderungen der Excursionsgrösse dieses Theiles zeigen die contractilen Fasern die Fähigkeit, selbstregulatorisch ihre Länge zu variiren. Gewisse Formen von Negern haben im Gegensatz zu den Weissen ausserordentlich wenig hervortretende Wadenmuskeln. Die Ursache dieser Erscheinung liegt darin, dass beim Neger der hintere Fersenbeinfortsatz mehr hervortritt, derart, dass der Wadenmuskel an einem längeren Hebelarm arbeitet wie beim Weissen.

J. hat bei der Katze diese Verhältnisse experimentell nachgeahmt. Er hat auf der einen Seite aus dem hinteren Fersenbeinfortsatz ein 1 cm langes Stück resecirt: die Achillessehne wurde beträchtlich verlängert und nahm an Dicke zu.

Bei Leuten, die von ihren Klumpfüssen geheilt sind, beobachtet man ähnliche Verhältnisse; die Muskelmasse der Wade drängt sich auf das obere Drittel bezw. Viertel des Unterschenkels zusammen. Die Erklärung für diese Erscheinung liegt in der Beweglichkeitsbeschränkung im Fussgelenk, sowie in der mehr oder minder ausgesprochenen Atrophie des Calcaneusfortsatzes.

3) Fick: **Ueber Magenresection.** (Abtheilung von Zoege v. Manteuffel-Dorpat.)

Bericht über 6 Magenresectionen. 5 wurden wegen Carcinom, eine wegen gutartiger Stenose ausgeführt. Die Operation wurde in allen Fällen nach dem Kocher'schen Verfahren gemacht, das sich ausserordentlich bewährte. Bei der Nachbehandlung erhielten die Kranken schon 3—4 Stunden nach der Operation Wein und Beeftea, am zweiten Tage Milch, so viel sie nehmen wollten, vom Ende der zweiten Woche ab die gewöhnliche Krankenhauskost. Eine exacte Naht kann durch Anfüllungen des Magens nicht gesprengt werden. Von den 6 Patienten ist einer im Anschluss an die Operation gestorben (Nekrose des Pankreaskopfes mit Abscessbildung).

In Bezug auf die Radicalheilung sind die Operationsresultate bei Carcinom ungünstige. Trotzdem spricht sich F. für die Resection des carcinomatösen Pylorus aus, wenn nur der Kräftezustand einigermaassen erhalten ist. Die Inanition kann im Gegensatz zur Gastroenterostomie sehr bald nach der Operation durch die Zufuhr kräftiger Nahrung gehoben werden.

4) Pupovac-Wien: **Ein Beitrag zur Casuistik und Histologie der cavernösen Muskelgeschwülste.**

Von den drei beschriebenen, von Gussenbauer exstirpirten Geschwülsten betrafen zwei den Oberschenkel, einer die seitliche Bauchmusculatur. In allen 3 Fällen erwies sich die Musculatur theils von Fettgewebe, theils von Bindegewebe durchsetzt; in dem Zwischengewebe fanden sich sehr zahlreiche Durchschnitte von Gefässen und grossen Bluträumen, zwischendurch Rundzellenanhäufungen.

Für das Primäre hält Verfasser bei diesen Tumoren die Vermehrung des interstitiellen Fett- und Bindegewebes, gleichzeitig kommt es zu reichlicher Gefässentwicklung. Die Muskelfasern verhalten sich ganz passiv. Durch Schwund der contractilen Elemente in den Gefässwandungen kommt es zur Dilatation derselben, zum Aneinanderrücken und zur Bildung wahrer Cavernen.

Das Wachsthum der Tumoren ist ein langsames. Die klinischen Erscheinungen sind: Tumor, der Musculatur angehörig, nicht scharf begrenzt, von der Consistenz des Fett- bezw. Bindegewebes, nicht compressibel.

5) v. Eiselsberg: **Zur Casuistik der Resectionen und Enteroanastomosen am Magen- und Darmcanale.** (Chirurgische Klinik Königsberg.)

Bericht über 40 von März bis December 1896 ausgeführte Magendarmoperationen, der eine ausserordentliche Fülle des Wissenswerthen enthält. Die Einzelheiten entziehen sich leider einem Referat. Von 5 Pylorusresectionen starben 1, von 12 Gastroenterostomien 2. Eine Zusammenstellung mit E.'s früheren Operationen ergibt 15 Pylorusresectionen mit 6 Todesfällen, 38 Gastroenterostomien mit 9 Todesfällen.

Auf 9 Resectionen resp. Enteroanastomosen am Dünn- und Dickdarm wegen Ileus, Tumor, Tuberculose, perityphlitischem Tumor kommen 3 Todesfälle, zweimal in Folge Einfliessens von Darminhalt in's Peritoneum, einmal durch Zunahme der bereits bestehenden Peritonitis.

Wegen Kothfistel resp. Anus praeternaturalis wurden 9 Operationen gemacht. Sieben führten zur Heilung, in einem achten Falle erwies sich die Operation als erfolglos (Tuberculose), einmal erfolgte der Tod an Marasmus.

Wegen vieler, praktisch ausserordentlich wichtiger Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

6) Mulert: **Ein Fall von multiplen Endotheliomen der Kopfhaut, zugleich ein Beitrag zur Endotheliomfrage.** (Pathol. Institut Rostock.)

Bei einer 58 jährigen Frau fanden sich auf der Kopfhaut 84 erbsen- bis apfelgrosse Tumoren von fibromartiger Consistenz, oberflächlich zum Theil ulcerirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab

einen alveolären Bau, die Tumoren müssen als Endotheliome aufgefasst werden, ausgegangen von einer Wucherung der Lymphgefässzellen.

Wegen der Einzelheiten der sehr sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden.

7) Nebel-Frankfurt a. M.: **Ueber eine neue Art der Anlegung von Corsetverbänden durch Schrägschwebelagerung und deren Verwendbarkeit bei Skoliose, angeborener Hüftverrenkung, Coxitis und Spondylitis.**

N. beschreibt ausführlich seinen Schrägschwebelagerungsapparat, der berufen erscheint, die Anlegung von den verschiedensten Corsetverbänden in viel bequemerer Weise zu ermöglichen, als es der Sayre'sche Kopfhang bisher gethan hat. Der Apparat besteht in der Hauptsache aus einem schräg gestellten viereckigen Rahmen aus Gasrohr, in dem der Patient durch mehrere längs-, quer- und schräggespannte Gurten und Bindezügel suspendirt wird. N. erörtert die Anwendung der Schrägschwebelagerung bei Skoliose, angeborener Hüftluxation, Coxitis und Spondylitis und illustrirt dieselbe durch Mittheilung mehrerer, der Behandlung grosse Schwierigkeiten bereitenden Fälle.

Der Apparat ist sammt Gurten für 50 Mark zu beziehen von Mechaniker Ditthem in Frankfurt a. M, Hochstrasse 40; 2 Extensionsflügelschrauben dazu kosten 6 Mark. Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1897, No. 25.

Borchard-Posen: **Zur Symptomatologie und Therapie der Coxa vara.**

Nachdem schon Kocher und Kraske auf die Analogie der Coxa vara mit den sog. entzündlichen Formen des Genu valg. und Pes valg. adolesc. hingewiesen und Bauer auf ein Trauma hin in 2 Fällen erhebliche Verschlimmerung des Leidens auftreten sah, weist B. durch Mittheilung eines betr. Falles speciell auf die Bedeutung des scheinbar plötzlichen Auftretens der Functionsstörungen bei Coxa vara nach einem Trauma für die Unfallpraxis hin. In dem betr. Fall hatte der 15jährige Knecht kaum etwas von seinem Leiden bemerkt, nur nach längerer, angestrengter Arbeit mit dem l. Bein leicht gehinkt; nach einem Trauma (Deichselstoss auf die r. Hüfte, so dass er nach hinten umfiel) traten sofort heftige Schmerzen in der linken Hüfte auf; der Arzt diagnosticirte Hüftgelenksverrenkung und suchte zu reponiren. Der l. Trochanter stand etwas mehr nach aussen und hinten und 2 cm über der Nelaton'schen Linie, das Bein in Aussenrotation mittleren Grades und mässiger Adduction, zeigte starke Beschränkung der Innenrotation. Auf 14tägige Extension in Abduction trat wesentliche Besserung ein. B. glaubt danach, dass es auch in schwereren Fällen gerechtfertigt ist, einen Versuch mit Extensionsbehandlung, Massage etc. zu machen, da der Einfluss der Weichtheile besonders bei leichteren und mittelschweren Fällen eine Rolle spielt. Die Coxa vara ist nicht allein nach anatomischem Befund, sondern auch nach Symptomencomplex als eine Belastungsdifformität aufzufassen. Wie durch länger dauernde oder plötzlich stärkere Vermehrung dieser Belastung, grössere Inanspruchnahme der betr. Weichtheile allmählich oder plötzlich entzündliche Zustände hervorgerufen werden können, so stellen sich durch entsprechende Entlastung der Knochen und Weichtheile, Uebung der Musculatur und Anpassung an die veränderte Function (zuweilen scheinbar spontan) erhebliche Besserungen ein, die bei zunehmender Härte des Knochens dauernd sein können.

O. Vulpius-Heidelberg: **Zur Technik der Corsetherstellung.**

Um die Corsets wasser- resp. schweissbeständig zu machen, benützt V. Tricotstoff, der auf der einen Seite mit bestem Paragummi überzogen ist und der mit der gummirten Seite völlig faltenlos auf die Haut oder das Modell aufgelegt wird und lässt die Corsets nie auf dem Körper direct, sondern auf engmaschigen Netzunterkleidern tragen, die das Circuliren eines Luftstroms unter dem Apparat ermöglichen.

C. Kolb-Darmstadt: **Eine Strumaexstirpation in Hypnose.**

Exstirpation mehrerer Kropfknoten (auch eines substernalen) bei 38jähriger, schon früher wegen Unterleibsstörungen öfters hypnotisirter Frau; die 45minutige Narkose war angenehmer als bei Chloroform und empfiehlt K. danach die Hypnose für Operationen an Patienten, die schon früher häufig der Hypnose unterworfen wurden und solchen, die man wegen innerer Leiden etc. nur ungern narkotisiren würde. Schr.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. V, Heft 6 (Juni).

1) A. v. Rosthorn-Prag: **Wochenbettstatistik der deutschen geburtshilflichen Universitätsklinik.**

Das reiche Material (5676 Fälle) ist von den verschiedensten Gesichtpunkten aus kritisch besprochen, auf die alle einzugehen sich in einem kurzen Referate verbietet. Nur einige Punkte aus der sehr lesenswerthen Arbeit seien hier erwähnt. Aus der geringen Anzahl von Fieberfällen bei innerlich nicht Untersuchten wird der Schluss gezogen, dass diese Untersuchung — zumal wenn von ungeübter Hand ausgeführt — einer der wesentlichsten Factoren für die Entstehung des Wochenbettfiebers ist und die Selbstansteckung diesem gegenüber sehr in den Hintergrund tritt. Pathologisches Scheidensecret trübt entschieden die Prognose des Wochenbettes, in derartigen Fällen wird die prophylactische Scheidendesinfection empfohlen. In normalen Fällen wird der letzteren weder Schädlichkeit, noch auch eine besondere Nützlichkeit zugeschrieben. Die genauere Analyse der Todesfälle hat ergeben, wie verhängnissvoll alle jene Affectionen in der Schwangerschaft, welche ihren Ursprung der Infection mit Streptococcen verdanken (Panaritium, schwer pathologisches Scheidensecret, Angina), für den Verlauf des Wochenbettes werden können. In welchem Maasse hier auch die Gonorrhoe anzuschuldigen ist, müssen erst noch weitere Untersuchungen uns lehren.

2) L. Knapp-Prag: **Zur Frage von dem Verhalten des Scheidensecretes in den ersten Lebenstagen.**

Schon unmittelbar nach der Geburt kann das Secret im Scheideneingang keimhaltig gefunden werden. Die zuerst in der Scheide der Neugeborenen auftretenden Mikroorganismen stammen aus dem Darm, die dann aber bald von den für die Scheide charakteristischen Keimen verdrängt werden. Das Scheidensecret der Neugeborenen reagirt schon unmittelbar nach der Entbindung sauer oder zum Mindesten amphoter. Dem Bade ist ein grosser Einfluss auf de Infection der Scheide zuzuschreiben.

3) Florenzo d'Erchia-Florenz: **Beitrag zum Studium des Bindegewebes des Uterus während der puerperalen Rückbildung.**

Die Untersuchungen wurden an menschlichen puerperalen Uteris, sowie an solchen von Meerschweinchen angestellt. Sie beschäftigen sich wesentlich mit dem Nachweis der Mastzellen und deren Bedeutung. Ihre Vermehrung während der puerperalen Involution wurde nachgewiesen, sie lassen sich als modificirte Bindezellen auffassen und die in ihnen enthaltene Substanz ist autochthonen, endocellulären Ursprunges.

4) K. Kretschmar-Kiel: **Ein seltener Fall von abgelaufener Tubenschwangerschaft.**

Gelegentlich einer wegen eines grossen Ovarialkystomes vorgenommenen Laparotomie fand sich an der einen verschlossenen Tube eine kleine spindelförmige Auftreibung, die 35 kleine Knöchelchen enthielt, die einem etwa 3 monatlichen Foetus entstammen mochten. Anamnestisch liess sich feststellen, dass diese abgelaufene Tubargravidität 13 Jahre zurücklag. Das Epithel des früheren Fruchthalters erwies sich als flimmerloses Cylinderepithel, die Musculatur der Tubenwandung war theilweise bindegewebig entartet. Der Fall zeigt sehr schön, wie gross die besonders von Winckel betonte Regenerationsfähigkeit der Tube nach einer überstandenen Tubargravidität ist.

5) A. Rosner-Krakau: **Ueber ein ungewöhnliches gegenseitiges Verhältniss der Eihäute von Zwillingen.**

Beschreibung zweier fast analoger Fälle, in welchen die Eihäute des einen (polyamniotischen) Eies sich derartig in die des zweiten (oligoamniotischen) eingestülpt hatten, dass an einer grösseren Strecke eine 5 oder sogar 6fache Schicht von Eihäuten entstand.

6) O. Burckhardt-Basel: **Cyste des linken Gartner'schen Ganges.**

An einem wegen jahrelangen, hartnäckigen Metrorrhagien exstirpirten Uterus fand sich in der linken Seitenkante der Cervix eine kleine, mit niedrigem cubischem Epithel ausgekleidete Cyste, die auf den Gartner'schen Gang zurückgeführt wird.

7) H. Ludwig und R. Savor-Wien: **Zu Franz Volhard's Aufsatz: «Experimentelle und kritische Studien zur Pathogenese der Eklampsie.**

8) M. Madlener-Kempten: **Bemerkungen zu der Arbeit Schottländer's: «Ueber die Tuberculose des Eierstockes».**

9) J. Neumann-Wien: **Bemerkungen zum Vortrage des Herrn Breus: «Ueber Haematommolen».**

(Den letzteren drei kurzen, wesentlich polemischen Aufsätzen kommt ein praktisches Interesse nicht zu.) Gessner-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie. No. 25.

1) Abel-Leipzig: **Bericht über die Verhandlungen der VII. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig vom 9.—11. Juni 1897.**

2) M. Schmid-Klagenfurt: **Eklampsie bei Mutter und Kind.**

Es handelte sich um eine 27jährige II. Para, die eklamptisch in die Anstalt gebracht wurde. Die Geburt wurde in tiefer Morphium-Chloroformnarkose mit der Zange beendet. Das asphyktische Kind kam zuerst wieder zu sich, bekam aber 2 Stunden post partum klonische Krämpfe und ging am nächsten Tage im Anfall zu Grunde. Das Wochenbett der Mutter endete in Genesung. Die Section des Kindes ergab u. A. acute Nephritis und Hepatitis haemorrhagica, woraus S. die eklamptische Natur der Krämpfe herleitet. Am Schlusse empfiehlt S. die noch immer nicht genügend gewürdigten Kochsalz-Klysmen nach grossen Blutverlusten, die zuerst von Schwarz 1881 angegeben worden sind, aber erst in den letzten Jahren mehr und mehr Anerkennung zu finden scheinen. Referent kann sich auf Grund persönlicher Erfahrungen diesem günstigen Urtheil nur anschliessen. Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897, No. 26.

1) G. Klemperer-Berlin: **Ueber künstliche Nährpräparate.** Referirt pag. 662 der Münchener med. Wochenschr.

W. Menke-Berlin: **Ueber Hermaphroditismus.**

Bei einem kräftig entwickelten Kinde, das 5 Wochen nach der Geburt an Brechdurchfall starb, zeigte sich ein penisartiges Gebilde mit Eichel und Präputium, an der Unterfläche war die rinnenförmige Oeffnung der Urethra; sonst entsprachen die äusseren Genitalien durchaus denen des weiblichen Geschlechts. Situs inversus der Beckenorgane; Uterus mit Tuben und Ovarien. (3 Zeichnungen.) Verfasser fügt diesem Falle einige Bemerkungen über die rechtliche Stellung der Hermaphroditen an.

3) E. Romberg-Leipzig: **Bemerkungen über Chlorose und ihre Behandlung.** (Schluss folgt).

4) J. Mikulicz-Breslau: **Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs.**

Cfr. das Originalreferat der Wochenschr. über den diesjährigen medic. Congress in Berlin.

5) W. Havelburg-Rio de Janeiro: **Experimentale und anatomische Untersuchungen über das Wesen und die Ursachen des gelben Fiebers.**

In dieser umfangreichen, zu einem kurzen Referate sich nicht eignenden Arbeit beschreibt H. einen Mikroorganismus als den specifischen Keim des gelben Fiebers und glaubt die Grundlagen für eine zukünftige, wirksame Serumtherapie dieser Erkrankung gefunden zu haben. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1897, No. 27.

1) J. Hirschberg-Berlin: **Ueber die geographische Verbreitung der Körnerkrankheit.** (Fortsetzung folgt.)

2) W. Dönitz: **Ueber das Antitoxin des Tetanus.** (Aus dem Institut für Serumforschung und Serumprüfung in Steglitz bei Berlin.)

Die Frage, ob das von den Körpergeweben schon gebundene Tetanusgift durch das Antitoxin wieder entzogen werden kann, ob dasselbe also ein echtes Heilmittel ist, lässt sich nach den angestellten Untersuchungen bejahend beantworten. Die Bindung des Giftes erfolgt sehr rasch, bei schwerer Vergiftung ist nach 4—8 Min. wenigstens schon die einfache tödtliche Dosis gebunden. Die Neutralisirung oder Losreissung des gebundenen Giftes aus den Geweben gelingt um so schwieriger, je schwerer die Vergiftung und je längere Zeit bis zur Anwendung des Serums verstrich.

3) A. Wladimiroff und K. Kresling: **Zur Frage der Nährmedien für den Bacillus der Bubonenpest und sein Verhalten bei niederen Temperaturgraden.** (Aus dem kaiserlichen Institut für experimentelle Medicin in St. Petersburg.)

Als bestes Nährsubstrat für die Entwickelung von Culturen des Pestbacillus ergab sich die gewöhnliche Nährbouillon, und zwar mit neutraler Reaction. Bei alkalischer oder saurer Reaction, und zwar noch mehr bei salzsaurer als bei milchsaurer ist die Entwickelung beeinträchtigt. Glycerinzusatz zu neutraler Bouillon vermag nur in grosser Menge das Wachsthum der Pestbacillen zu verhindern. Bei schwach saurer oder alkalischer Reaction dagegen genügen kleine Mengen, um stark entwickelungshemmend zu wirken. Was den Einfluss niederer Temperaturen auf Pestbacillen betrifft, scheint derselbe ein ziemlich geringer zu sein, selbst beim Gefrierenlassen der flüssigen Culturen trat nur eine Verzögerung des Wachsthums ein.

4) Behrendsen: **Studien über die Ossification der menschlichen Hand vermittels des Röntgen'schen Verfahrens.** (Aus dem physikalischen Laboratorium der Kaiser Wilhelms-Akademie in Berlin.)

Durch die Anwendung des genannten Verfahrens lassen sich die Untersuchungen auf ein weit grösseres Material, als sonst zur Verfügung steht, ausdehnen und corrigirt B. verschiedene anatomische Angaben, z. B. in Bezug auf das Auftreten der Epiphysenkerne, von Radius und Ulna, welche bisher nach Kölliker in das 5. bezw. 6. Lebensjahr verlegt wurden, in das 3. bezw. 8. bis 9. Jahr.

5) St. Ciechanowski: **Ein Fall von Achsendrehung des Uterus.** (Aus dem Institut für pathologische Anatomie der Universität Krakau.)

Ein weiterer casuistischer Beitrag zu den sehr seltenen, von Löhlein in No. 16 der Deutschen med. Wochenschrift zusammengestellten Fällen von Achsendrehung des Uterus.

6) **Aus der ärztlichen Praxis:**

E. Arning-Hamburg: **Vanilleausschlag.**

Nach einer Demonstration im Hamburger ärztlichen Verein am 27. April 1897. Referat, siehe diese Wochenschrift No. 18, p. 495.

J. Katz: **Ein Fall von Thrombose der Vena femoralis bei croupöser Pneumonie.**

Beschreibung eines Falles von der bei anderen acuten Infectionskrankheiten ziemlich häufig, bei Pneumonie jedoch in der ganzen Literatur bisher nur zweimal beobachteten Venenthrombose. F. L.

Wiener klinische Wochenschrift. 1897, Nr. 25.

1) Malfatti-Innsbruck: **Ueber die Krüger-Wulff'sche Reaction und ihre Verwerthung zur Bestimmung der Harnsäure.**

Verfasser kann die Bedenken, welche gegen die Verlässigkeit der Krüger-Wulff'schen Reaction — Fällung der Harnsäure und Xanthinbasen in Form ihrer Kupferoxydulverbindungen — erhoben werden, nicht theilen, da die von ihm angestellten Untersuchungen und Vergleiche mit anderen Methoden ihm hinreichend genaue Resultate ergaben. Die im Harn vorkommenden Proteïde können zwar bei reichlichem Auftreten den Ausfall der Reaction beeinflussen, doch ist dies bei normalen Harnen, bei denen die Kochprobe negativ ausgefallen ist, nicht zu befürchten. Für jene Fälle, wo ganz genaue Resultate erhalten werden sollen, gibt M. eine Modification der Krüger-Wulff'schen Methode an, deren Einzelnheiten im Original einzusehen sind. Die genaueste Methode ist jene von Salkowski-Ludwig.

2) M. Goldberger- und S. Weiss-Wien: **Die Jodreaction im Blute und ihre diagnostische Verwerthung in der Chirurgie.**

Bei Gegenwart eitriger Processe zeigt sich abgesehen von der bei verschiedenen anderen pathologischen Verhältnissen auftretenden Vermehrung des sogen. extracellulären Glykogens an einer bald kleineren, bald grösseren Zahl der polynukleären, neutrophilen Leukocyten bei Zusatz der Ehrlich'schen Jodgummilösung eine verschieden starke Bräunung des Zellkörpers, resp. einzelner Theile desselben. Diese Erscheinung steht mit einer vorhandenen Eiterung in ursächlichem Zusammenhang, die Intensität dieser Jodreaction hängt in erster Linie von der Fulminanz des Eiterungsprocesses ab, nicht von dessen Grösse. Je rascher der Entzündungsprocess fortschreitet, desto intensiver die Reaction, bei chronischen Processen verliert sie sich. Dies ist diagnostisch wichtig bei latenten Eiterungen. Weitere Versuche ergaben, dass die jodempfindliche Substanz an Ort und Stelle der Entzündung aus den Producten der Abscedirung in den dort angehäuften Zellen entsteht; von dort gelangen diese in die Blutbahn. Bei Fracturen, Knochenoperationen, Contusionen mit grösseren Extravasaten trat eine beträchtliche Vermehrung der extracellulären Gebilde auf, eine Beobachtung, die vielleicht diagnostisch verwerthbar ist.

3) C. Chiari-Wien: **Angeborene membranöse Faltenbildung im hinteren Glottisantheile.**

Die beschriebene Veränderung fand sich bei einem 15 jährigen Mädchen, das seit frühester Kindheit heiser war. Der grösste Theil der Falte wurde von Ch. operativ entfernt, worauf sich die Stimme besserte. Verf. hat eine derartige Beobachtung noch nie gemacht und nirgends beschrieben gefunden. Grassmann-München.

Ophthalmologie.

Professor Dr. Ernst Fuchs-Wien: **Ueber Erythropsie.** (v. Graefe's Archiv Bd. XLII, IV, p. 207—292.)

Unter Erythropsie will Verfasser alle Arten von Rothsehen, centralen und peripheren Ursprungs, zusammengefasst wissen, während er für die gewöhnlichen Fälle von Rothsehen bei Aphakie oder Pupillenerweiterung den Namen Rhodopsie vorschlägt. Es würde demnach die Rhodopsie eine Unterart der Erythropsie bilden. Die typische Erythropsie wird durch Blendung der Netzhaut verursacht, wenn entweder mehr Licht als gewöhnlich auf dieselbe wirkt oder wenn diese in abnormer Weise auf Licht reagirt. Der erste Fall tritt ein z. B. bei Beobachtung einer Sonnenfinsterniss mit ungeschütztem Auge, oder wenn der Reflex der Sonne auf Wasser oder Schneeflächen blendend wirkt. Diese letztere Art, das Schneelicht, vermag bei den meisten Menschen mit Sicherheit Erythropsie hervorzurufen. In der alpinen Literatur fand Verfasser folgende hierauf bezügliche Erzählung in Schaubach's deutschen Alpen: «Die Reisegesellschaft war bei der Besteigung des Grossglockners nach längerem Gehen über Schnee wieder auf den Felsen gekommen; alle fühlten sich etwas geblendet.» «Schaubach lud seinem Führer ein grosses Stück herrlichen Rosenquarzes, das er gefunden hatte, auf. Dasselbe war am anderen Morgen im Thale, als er seine Gefährten mit seinem Funde überraschen wollte, so unschuldig weiss wie frisch gefallener Schnee.» Verf. hatte bei seinen Touren wiederholt Gelegenheit, die Erythropsie an sich zu beobachten. Noch auffälliger als im Freien zeigt sich diese Erscheinung dann, wenn man nach längerem Gehen über Schnee in einen weniger erleuchteten Raum, z. B. in eine Hütte, eintritt. Als F. diese zum ersten Male beobachtete, war sie combinirt mit Gletscherbrand (Erythema solare) auf der Kopfhaut. Nach Widmark wird das Erythema und Ekzema solare nicht durch Wärmestrahlen, sondern durch die ultravioletten Strahlen des Sonnenlichtes hervorgebracht. Da der Gehalt des Lichtes an solchen Strahlen mit der Erhebung über das Meeresniveau stetig zunimmt, ferner der Schnee die kurzwelligen Strahlen in grösserem Maasse reflectirt als die langwelligen, kam Verfasser dazu, seine Erythropsie den ultravioletten Strahlen zuzuschreiben und Versuche darüber anzustellen. Weitaus die Mehrzahl der Mittheilungen über Erythropsie betrifft Personen, welche mit Iridectomie an Cataract operirt worden waren. Es gibt aber auch Fälle, wo bloss Aphakie oder Pupillenerweiterung bestand. Die Erythropsie wird also in der Regel durch Veränderungen am Auge veranlasst, in Folge deren mehr Licht als sonst auf die Netzhaut fällt. Ausserdem wurde dieselbe an Augen beobachtet, welche Trübungen der Medien darboten. Als Ursache des Eintritts der Erscheinung werden auch Aufregungszustände angegeben. Die Disposition kann auch durch Störungen im allgemeinen Ernährungszustande gegeben sein. Die Erythropsie stellt sich vor Allem ein, wenn die betreffende Person aus hellem Lichte in geringere Beleuchtung kommt, also beim Uebergang vom Freien in ein Zimmer oder beim Eintritt der Abenddämmerung. Das Rothsehen äussert sich an allen hellen Gegenständen, vor Allem also beim Blick nach dem Himmel, nach dem Fenster, des Abends an den Lichtflammen, dem weissen Tischtuche etc., die wirkliche Farbe der Gegenstände

wird durch den rothen Schimmer hindurch erkannt, nur Grün wird durch denselben, falls es nicht besonders gesättigt ist, ausgelöscht und für Grau gehalten. Dunkle Gegenstände werden entweder schwarz gesehen oder sie erscheinen dort schwach roth, wo sie Glanzlichter darbieten; ganz dunkle Flächen erscheinen aber grün. Die Farbe des Rothsehens wird von allen denjenigen, welche genauer darauf achteten, als eine Purpurfarbe angegeben.

Die Hypothesen, welche man zur Erklärung der Erythropsie aufgestellt hat, fassen dieselbe entweder als ein centrales oder als ein peripheres Phänomen auf. Zur Klärung der Sache hat nun F. eine Reihe von Versuchen angestellt und es gelang ihm darzuthun, dass die Erscheinung, welche man bisher für eine rein pathologische hielt, ein physiologisches Phänomen sei. Die Versuche betreffen sowohl Personen mit normalen Augen als solche ohne Linse, sei es mit runder Pupille oder mit Colobom.

Um starke Erythropsie zu bekommen, muss man sich nach genügender Ausblendung durch Schneelicht in herabgesetzte Beleuchtung begeben. Das passendste Object, um die einzelnen Phasen der Erythropsie zu studiren, ist ein Schachbrett mit weissen und schwarzen Quadraten. Die Erscheinungen nach Eintritt von der beleuchteten Schneefläche in eine Hütte sind folgende: Im ersten Augenblicke sieht man fast nichts, da das Auge für die geringe Beleuchtung nicht adaptirt ist. Sobald man anfängt genauer zu unterscheiden, bemerkt man, dass die schwarzen Felder des Schachbrettes grün aussehen; nach und nach wird das Grünsehen recht intensiv. Bald beginnen auch die weissen Felder einen eben wahrnehmbaren grünen Ton zu zeigen, der zum Gelbgrün neigt. Das Grünsehen geht sehr bald in Rothsehen über, etwa 15 Secunden nach Eintritt in die Hütte. Zuerst färben sich die Ränder der weissen Felder roth. Die rothen Säume verbreitern sich rasch und bald sind die weissen Felder in ihrer ganzen Ausdehnung purpurn. Dann erscheinen auch die schwarzen Quadrate dort, wo sie glänzen, röthlich, sonst grünlich. Am Ende der 2. Minute erreicht die Erscheinung ihre höchste Intensität und blasst dann rasch ab, so dass nach 3, höchstens 4 Minuten Alles seine natürliche Farbe hat.

Zur Erklärung der Phänomene wäre es das Nächstliegende, diese Erscheinungen als Nachbilder des vom Schnee reflectirten Tageslichtes aufzufassen. Blendungsbilder aber sind im indirecten Sehen weniger intensiv und verschwinden gewöhnlich auch rascher als im directen Sehen. Dies gilt für Blendungsbilder auf hellem sowie auf dunklem Grunde und darin liegt eine auffallende Abweichung vom Verhalten der Erythropsie, welche sonst ganz mit den Blendungsbildern auf hellem Grunde übereinstimmt. F. hat nun den Versuch gemacht, dieselbe als dioptrisches Phänomen durch Sichtbarwerden des Sehpurpurs zu erklären. Für die Erythropsie im ganzen Gesichtsfelde, wie sie nach der Blendung durch Schneelicht eintritt, konnte man annehmen, dass durch die lange Beleuchtung die Netzhaut eine lichtere Farbe angenommen hat. Wenn dann das intensive Licht zu wirken aufhört, regenerirt sich der Purpur und die zunehmende rothe Färbung der Netzhaut wird nun bemerkt, bis wieder die Gewöhnung an dieselbe eingetreten ist. Diese Erklärung reicht aber nicht hin für jene Fälle, wo das Rothsehen nur in einzelnen Theilen des Gesichtsfeldes auftritt. Hier musste man die Annahme machen, dass in dem ausgebleichten Netzhautabschnitte nicht bloss der Purpur sich rasch ersetzt, sondern der Ersatz auch zunächst etwas über das Ziel hinausschiesst, d. h. diese Stelle nun röther wurde als die benachbarte Netzhaut, welche Ungleichheit sich aber bald wieder ausgleichen würde.

Referent kann dem folgende eigene Beobachtung beifügen: Vor 3 Jahren zu Pfingsten machte ich mit einem Arzte, einem Professor der Chemie und einem Docenten desselben Faches eine Tour auf den Hirschberg bei Tegernsee Der Weg bis zum Gipfel ging immer durch Schnee. Es war ein schöner, sonniger Tag. Nachdem wir den Gipfel erreicht hatten und eine Rundschau hielten, bemerkte ich, als ich mit einer Bewegung die Sonne plötzlich in den Rücken bekam, dass das gegenüberliegende Schneefeld eine röthliche Farbe hatte. Ich machte meine Begleiter darauf aufmerksam und wunderte mich, dass sie nicht dasselbe wahrnahmen und dann dass die Färbung beim Wiederhinblicken verschwunden war. Als wir dann durch einen dunklen Vorplatz in das Hirschberghaus eintraten, sahen wir Alle in gleicher Weise das Gastzimmer mit purpurnem Lichte überfluthet und glaubten zuerst, dass die Fenster purpurfarbige Scheiben hätten. Dieser Gedanke musste aber sofort fallen gelassen werden, da das farbige Licht auch an einem offenen Fenster sichtbar war. Die Erscheinung dauerte etwa 3 Minuten, darnach erschienen die gesehenen Gegenstände in natürlichem Lichte, die Fensterscheiben von gewöhnlichem Glas. Wir Alle hatten dieses Phänomen zum ersten Male beobachtet und meine Begleiter befragten mich, den Ophthalmologen, um eine Erklärung desselben. Um der Würde des Standes nichts zu vergeben, hatte ich auch sofort, ohne viel Bedenken, eine zurechtgelegt und führte Folgendes aus: Durch Belichtung der Netzhaut geschieht eine Zersetzung des Sehpurpurs, sofort aber folgt der Wiederaufbau desselben. Zersetzung und Wiederaufbau steigern sich mit der Intensität der Belichtung Wenn nun eine vorher sehr intensive Lichteinwirkung plötzlich unterbrochen wird (resp. eine plötzliche starke Herabsetzung erfährt, z. B. dadurch, dass man nach einem Marsch über ein von der Sonne hellbeschienenes Schneefeld in eine Stube eintritt), so schiesst der gesteigerte Wiederersatz, der noch andauert, über das Maass des momentanen Bedarfes hinaus und der Sehpurpur überfluthet die Endorgane der Sehzellen und lässt uns so die gesehenen Gegenstände in seiner eigenen Färbung erscheinen, bis der Ausgleich zwischen Zersetzung und Bildung wieder hergestellt ist. Diese gleichsam aus dem Aermel geschüttelte Erklärung überlegte ich erst nachher streng-wissenschaftlich und fand, dass die Physiologie den Beweis für meine Behauptung noch nicht erbracht habe. Aber ich glaube, dass bei der Unmöglichkeit objectiver experimenteller Untersuchungen solche Beobachtungen geeignet sind, der Wissenschaft auf die rechte Spur zu helfen, und halte die Erscheinung des Rothsehens für einen stringenten Beweis dafür, dass der Sehpurpur im Lichte eine sehr labile Substanz ist, die eine fortwährende Reduction und einen ebenso lebendigen Aufbau erfährt.

Alfred Moll-Berlin: **Ein optisches Hilfsmittel für alterssichtige Büchsenschützen.** (Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde, März 1897, p. 95.)

Im Alter der abnehmenden Accommodation kommt für den emmetropischen und hypermetropischen Schützen der Zeitpunkt, wo er Visir und Korn nicht mehr «zusammenbringen» kann, wo er also nicht mehr fähig ist, mit der Büchse zu schiessen, sondern sich auf die Schrotflinte beschränken muss, welche bekanntlich nur mit einem Korn versehen ist. In solchen Fällen hört man wohl, dass sich der betreffende Jäger das Visir um ein Stückchen hat hinausrücken, es dem Korn näher bringen und vom Auge entfernen lassen. Er schiesst nun einige Zeit auf diese Weise und dann stellt sich der alte Zustand wieder ein, der durch das eben genannte einfache Hilfsmittel nicht mehr beseitigt werden kann, wenn anders man bei unseren, an sich schon kurzen Büchsen nicht auf das Charakteristische ihrer Visirung, nämlich zwei räumlich in einem Mindestabstande von einander entfernte Punkte (Visir und Korn) mit einem dritten (Object) in einer geraden Linie zu vereinigen verzichten will.

Somit wäre also das Schiessen mit der Büchse im vorgeschrittenen Alter, falls Brillen erschöpft sind und die Lage des Visirs nicht weiter geändert werden kann, unmöglich. Nun gibt es ein sehr einfaches Mittel, diese Möglichkeit wieder herzustellen, und zwar dadurch, dass das Visir überhaupt fortfällt und dafür dicht vor dem zielenden Auge auf dem Kolbenhals ein Diopter angebracht wird. Letzteres besteht in einer kleinen, senkrecht stehenden metallenen Scheibe mit einem mehr oder weniger feinen, central gelegenen Loch, resp. nach dem Vorgang des Amerikaners Lymann, aus einem Ring. — Der Schütze hat nichts zu thun, als das Korn in die Mitte der Oeffnung zu bringen und auf das Object zu richten. Alterssichtige können das ohne weiteres desshalb, weil sich ihnen dicht vor ihrer Pupille ein ziemlich gross erscheinendes Diaphragma darbietet, in welches selbst bei nur mässigem Augenmaass das relativ entfernte Korn mit Leichtigkeit im Centrum eingefügt werden kann. Es ist dies, wie sofort klar wird, etwas ganz anderes und bedeutend einfacher als das Korn in die immerhin sehr feine und scharfe Kimme des bisher gebrauchten Visirs zu bringen. M. hat sich selbst von der vorzüglichen Leistung des in Rede stehenden Princips überzeugt, und bewährte Fachmänner rühmen dasselbe besonders beim Kugelschuss auf flüchtiges Wild aus schiesstechnischen Gründen.

Dr. Rhein-München.

Französische Literatur.

Serge Soukhanoff, Chefarzt an der psychiatrischen Klinik von Moskau: **Sur les formes diverses de la Psychose polyneuritique** (Revue de Médecine, Mai 1897).

Auf Grund von zehn eigenen und verschiedenen aus der deutschen, englischen und französischen Literatur entnommenen Fällen hält sich S. für berechtigt, das specielle Krankheitsbild einer durch Polyneuritis bedingten Psychose aufzustellen; dieselbe bekundet sich insbesondere durch Amnesie allein oder in Verbindung mit dieser durch Pseudoreminiscenzen (falsche Erinnerungsbilder). Letztere Form muss als die schwerere angesehen werden und können bei manchen Fällen derselben die Symptome von Seite der peripheren Nerven im Vergleich zu den Gehirnerscheinungen sehr geringe sein. Die Mehrzahl der Fälle betraf Alkoholiker, bei denen ja schon das Gehirn als Lieblingssitz des Alkoholgiftes zu einer Psychose disponirt ist; zeigt sich die polyneuritische Psychose bei einem Phthisiker, so ist die Prognose eine sehr schlechte und das letale Ende oft binnen Kurzem eintretend.

Ed. Boinet, médecin des hôpitaux, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille: **Quelques cas d'aneurysmes de l'aorte** (Ibidem).

Unter dreierlei Gesichtspunkten, der Spontanheilung, der elektrolytischen Behandlung und dem Durchbruch nach Aussen betrachtet B. die Aneurysmen der Aorta. Letzterer Ausgang ist der seltenste, wovon 2 Beispiele eigener Beobachtung angegeben werden. In einem weiteren Falle hatte das elektrolytische Verfahren insoferne guten Erfolg, als des Patienten Leben eine evidente Verlängerung damit erfuhr. Von Spontanheilung der Aneurysmen sind ziemlich viele Fälle bekannt, sie wird ermöglicht durch Bildung von den Gefässwandungen fest anhaftenden Fibrinmassen. B. bezweifelt jedoch, ob den zahlreichen zur Begünstigung der Fibrinbildung empfohlenen Medikamenten dieser Einfluss wirklich zuzuschreiben ist, wengleich er selbst in einem mit sehr bedrohlichen Erscheinungen einhergehenden Falle durch Eisblase auf die

Brust und innerlicher Jodkalidarreichung eine bedeutende Besserung erzielt zu haben angibt.

P. Busquet, aide-major de 1re Classe: **De la Staphylococcie consecutive au fouroncle** (Ibidem)

Den schon bekannten reiht B. zwei weitere Fälle an, welche beweisen, dass der Staphylococcus pyogenes aureus von Furunkeln aus in's Blut übergehen und eine Allgemeinerkrankung hervorrufen kann. Ausser den Symptomen einer recht schweren Allgemeininfection waren noch secundäre Phlegmonen in beiden Fällen hinzugetreten, welche jedoch nach gehöriger Incision zur Heilung kamen. Die anscheinend so harmlosen Furunkeln können also eine ernste Gefahr für den Kranken bilden, wesshalb der Arzt bei Behandlung dieser Affection eine ganz besondere Sorgfalt verwenden sollte.

Brun, agregé, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades: **Appendicite chronique, resection à froid de l'appendice** (La Presse médicale Nr. 38).

Doyen: **Appendicite et Perityphlite** (Bulletin médical Nr. 42).

Diese beiden Arbeiten sind so recht charakteristisch für die schroffen Gegensätze, welche trotz der eingehenden Discussionen bei der Beurtheilung der Wurmfortsatzentzündung noch bestehen. Brun, unbedingter Anhänger baldiger Operation, bringt eine genaue durch Zeichnungen illustrirte Beschreibung von 21 Fällen dieser Erkrankung, welche bis auf einen 35jährigen Mann sämmtlich Kinder (im Alter von 4—15 Jahren) betrafen und mit Resection behandelt wurden. Histologisch waren diese Fälle von chronischer Entzündung des Wurmfortsatzes charakterisirt durch eine alte Folliculitis, Atrophie der Mucosa und fibröse Entartung der Submucosa mit beginnendem Uebergang dieser Degeneration auf die Muscularis. Nach diesem histologischen Befunde erschien Br. die Operation völlig begründet, während die klinischen Symptome dieselbe von Anfang nicht nothwendig erscheinen liessen. Doyen wendet sich andererseits auf Grund eigener Beobachtungen und der Literaturangaben gegen den Furor operativus, welcher gegen diese in ihrem Ursprunge noch vielfach dunkle Affection eingerissen sei, und plädirt dafür, dass der Ausdruck Perityphlitis beibehalten werde, die Appendicitis sei nur eine Varietät derselben, wie die Salpingitis eine Form der periuterinen Infection. Die Lymphangitis am oder um den Wurmfortsatz oder Blinddarm ist häufiger als die eigentliche den Innenraum dieser Organe betreffende Entzündung.

Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière: **Un cas d'actinomycose buccofaciale guerie** (la Presse médicale Nr. 39).

Bei der Seltenheit einer Radicalheilung der Strahlenpilzerkrankung ohne Operation verdient der vorliegende Fall Erwähnung, dessen Heilung durch zwei treffliche Farbenbilder illustrirt ist. Die Ursache der Krankheit wurde bei dem betr. Patienten auf das Eindringen der Pilze durch cariöse Zähne zurückgeführt, 4 Monate nach Beginn der Behandlung, welche in der internen Darreichung von Jodkalium und zeitweisen Appliaticon von Jodglycerin (25 Proc.) auf die Geschwulstmassen und Injection von Jodtinktur in die Fistelgänge bestand, war völlige Genesung eingetreten.

Jules Renault, chef de clinique à la Faculté de médicine und Léon Bernard, interne des hôpit.: **Des adénophlegmons tuberculeux de l'aisselle,** consécutifs à la tuberculose pleuropulmonaire (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Juni 1897).

Man kennt im Verlaufe der Lungentuberculose einerseits die nicht eitrigen Drüsenschwellungen, andererseits die kalten Abscesse der Achselhöhle; diesen fügen die Verfasser als dritte Art die acute tuberculöse Drüsenphlegmone, eine Mischinfection von pyogenen Bacterien mit dem Tuberkelbacillus, hinzu. Trotz der kleinen Anzahl von Fällen glauben sie specielle Symptome zu sehen in dem raschen Auftreten der enormen Geschwulst, der grossen Menge Eiters, welche sich auf die Incision entleert, der speciellen Beschaffenheit dieses serösen, an die tuberculösen Eiterungen erinnernden Eiters und in der auffallend raschen localen Heilung des Abscesses.

Louis Mencière: **Hernie de l'ovaire chez la petite fille** (Ibidem).

Während die Ovarialhernien der erwachsenen Frauen ziemlich häufig sind, konnte M. aus dem Kindesalter neben den vier Fällen eigener Beobachtung aus der gesammten Literatur nur noch 7 weitere sammeln. In diesen 11 Fällen handelte es sich um Leistenbrüche, wovon 9 mal linksseitig, 2 mal rechtsseitig und 1 mal ausser den beiden Eierstöcken und Eileitern die Gebärmutter im Bruchsacke lag. In zehn der Fälle wurde Heilung erzielt, 8 mal durch die Radicaloperation und 2 mal durch Bandagen.

Henri Petit: **Sur le rôle de la bicyclette dans l'etiologie et la thérapeutique médicales** (Bulletin Médical Nr. 45).

Petit ist keineswegs ein Gegner des Velocipedfahrens, hält dasselbe vielmehr für eine sehr gesunde Uebung, bei dessen Anwendung aber gewisse Contraindicationen gegeben sind. Er führt 5 neuerdings beobachtete Todesfälle an, welche während des Fahrens oder unmittelbar darnach vorgekommen und auf Herzfehler zurückzuführen sind, und schliesst daraus mit einer Anzahl anderer Autoren, dass Herzleidende gar nicht oder nur mit äusserster Mässigung diesem Sporte huldigen sollen. Ebenso sei es mit Phthisikern, welche sich dessen völlig enthalten sollten, während die zur Tuberculose Disponirten geradezu Vortheil daraus zogen, ebenso die nervösen Individuen, die mit Chlorose, Obstipation u. s. w. Behafteten. Schliesslich erinnert P. daran, dass verschiedene Affectionen der Gelenke, der Genitalorgane beider Geschlechter, unvollständig oder seit kurzer Zeit erst geheilt, durch das Velocipedfahren von Neuem zum Ausbruch kommen oder verschlimmert werden können.

Stern.

Amerikanische Literatur.

1) J. G. Clark: **Abdominal Section from the Standpoint of intraperitoneal Drainage** (Americ. Journ. of Obstetrics, April und May 1897).

In einer ausgedehnten kritischen Studie über 1700 Fälle von Laparotomie aus dem Johns Hopkins Hospital kommt Clark zu dem Schlusse, dass die Indicationen zur Anlage der intraperitonealen Drainage mehr und mehr eingeschränkt werden. Die Anwesenheit eines Drains in der Peritonealhöhle stört die normale Circulation, erregt eine active Entzündung in der Umgebung desselben und verhindert durch die Entstehung dieses entzündlichen Walles von Adhaesionen u. s. w. die Betheiligung eines grossen Theiles des Peritoneums an der Resorption. Abgesehen davon kann die Drainage selbst Infectionsquelle sein, es wird die Bildung von Recessus und von Hernien begünstigt. Die Anwendung einer Gazedrainage hat dieselben Nachtheile wie die des Glas- oder Kautschukdrains. Als geeignet für die Drainbehandlung bezeichnet Cl. die Fälle von Appendicitis mit diffuser Entzündung, Abscessbildung oder Perforation, ferner localisirte Eiterherde im Becken, hier empfiehlt sich vor Allem die vaginale Drainage, endlich bei der Operation von Darmfisteln und bei der purulenten Peritonitis und zwar im ersten Falle Gazedrain, im letzteren ausgiebige Eröffnung in der Mittellinie und an beiden Seiten.

Finney hat jüngst aus dem J. Hopkins Hospital fünf Fälle eitriger Peritonitis berichtet, bei denen er mit Erfolg den ganzen Peritonealüberzug der Bauchhöhle und Gedärme mechanisch durch Abwischen von Exsudat und Eiter gereinigt und die Bauchhöhle ohne Drain geschlossen hatte. Wird ohne Drainage operirt, so verlangt das womöglich noch striktere Befolgung der allgemeinen Regeln, Asepsis der Hände, Instrumente und des Operationsfeldes, exacte Stillung jeder Blutung, Vermeidung von Zerrungen und Quetschungen des Gewebes, Abschluss der Peritonealhöhle während der Operation', Schonung und Erhaltung des Bauchfellüberzuges. Dazu wird weiter empfohlen, ausgiebige Irrigation der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung, Beförderung der Resorption durch Einbringen von 1/2 bis 1 l Salzlösung in die Bauchhöhle nach beendeter Operation und Hochlagerung des Beckens (sog. posturale Drainage). endlich Salzwasserinfusionen unterhalb der Mammae. Die gute Wirkung der posturalen Drainage wird durch Krankengeschichten illustrirt, sie soll nur als prophylaktisches Mittel zur Anwendung kommen, keineswegs aber als Heilmittel bei bereits bestehender Peritonitis.

In einem Aufsatze «Remarks on Drainage following Abdominal Section» (Americ. Gynaecol. and Obstetr. Journal, May 1897) kommt J. M. Baldy zu demselben Resultate wie Clark, er drainirt in nicht mehr wie 5—10 Proc. aller seiner Fälle von Laparotomie, ein Standpunkt, den auch R. C. Norris und C. P. Noble in einer Discussion der Philadelphia Obstetrical Society vom 9. März 1897 vertreten, während J. Price an der hergebrachten Praxis der Drainirung festhält.

2) W. Edmunds: **Puerperal Septicaemia treated by Antistreptococcus Serum** (Americ. Journ. of Med. Sciences, April 1897).

B. C. Hirst: **Cases of puerperal Sepsis treated with Antistreptococcus Serum** (Americ. Journ. of Obstetr., May 1897).

Eine Statistik über die Erfolge des Antistreptococcenserums von Charpentier ergab bei 40 in Paris gesammelten Fällen eine Mortalität von 35,6 Proc. J. B. Shober bringt im Americ. Journ. of Obstetrics (May 1897) eine Zusammenstellung der 1896 in England veröffentlichten Fälle, 21 an der Zahl, mit nur 19 Proc. Mortalität. Im Anschluss daran veröffentlichen Hirst, Norris, Shoemaker, Davis und Baldy (ibidem), sowie Edmunds (s. o.) eine weitere Zahl von 10 Fällen puerperaler Sepsis, die mit dem Serum behandelt wurden; fünf davon endeten letal, der in den übrigen 5 beobachtete Erfolg lässt bei einem Theil keinen sicheren Schluss auf die Wirksamkeit des Serums zu, direct beweisend sind nur die zwei Fälle von Norris und Edmunds. Norris verlangt vor Allem erst eine bacteriologische Diagnose, da das Antistreptococcenserum nur bei einer reinen Streptococceninfection sicheren Erfolg habe. Er gibt drei Tage hintereinander 10 ccm des Marmorek'schen Serums; eine weitere Bedingung ist, dass es möglichst frühzeitig zur Anwendung komme.

Eine an diese Veröffentlichungen anschliessende Discussion im College of Physicians of Philadelphia, Section of Gynaecology vom 18. März 1897, betonte als Hauptschwierigkeiten bei der Anwendung des Serums die Feststellung der Art der Infection in einem gegebenen Falle, ferner die schwankende Dosirung und die Verschiedenheit und Uncontrolirbarkeit der Präparate. Dorland empfiehlt, dem Vorgange von Hirst folgend, die gleichzeitige Darreichung von Nucleïn, um das Blut vor Zersetzung durch die in ihm kreisenden Toxine und Antitoxine zu bewahren.

3) Weller van Hook: **The consequences of Removing the Uterus.**

A. H. Ferguson: **A Plea for Retention of the Uterus in Removing the Annexa for Septic Disease** (The Americ. Gynaecolog. and Obstetr. Journ., April 1897).

Die Frage der Zulässigkeit der Hysterectomie bei septischen Erkrankungen der Beckenorgane, welche die Entfernung der Adnexa erheischen, wird in einer Serie von Artikeln im Americ. Gynaecolog. and Obstetr. Journ. von W. van Hook, F. Henrotin, F. H. Martin und A. Ferguson, sowie in einer ziemlich lebhaften Discussion der Chicago Gynaecological Society, 19. Februar 1897, besprochen.

Henrotin stellt folgende Gesichtspunkte auf: Maassgebend ist der Zustand der Ovarien, von denen selbst der kleinste gesund erscheinende Theil erhalten werden soll. Ist dies der Fall, so muss auch der Uterus erhalten bleiben, wenn er nicht der Sitz anderweitiger, unheilbarer Erkrankung ist. Eine vollständige Entfernung der Tuben allein bedingt noch keineswegs die Nothwendigkeit einer Ovario- oder Hysterectomie. Ebenso muss die Entfernung des Uterus unterbleiben, wenn dadurch die Gefährlichkeit der Operation bedeutend erhöht würde. Bei jugendlichen Personen und infantilem Uterus ist die Entfernung ebenfalls nicht angezeigt. In der grossen Mehrzahl der Fälle aber wird der Entfernung der Ovarien die des Uterus folgen müssen, da das Organ weiter keinen Zweck mehr hat und nur der Ausgangspunkt neuer Störungen bleibt. Bei Anwendung der abdominalen Operationsmethode ist bei gesundem Cervix die supravaginale Amputation am Platze.

Die anderen Autoren stellen sich auf einen mehr conservativen Standpunkt. Ferguson bezeichnet als Nachtheile der gleichzeitigen Uterusexstirpation die Verlängerung der Operationsdauer und Erhöhung der Mortalitätsziffer, den grösseren Blutverlust und Shock, die Gefährdung der anliegenden Organe, Ureter, Blase und Rectum, ferner die daraus resultirende Verstümmelung des Weibes mit ihren anatomischen und socialen Folgen und endlich die Schrumpfung der Vagina und Begünstigung der Hernienbildung. Gegen die supravaginale Amputation wendet sich Martin, weil damit die Haupteingangspforte aller Infectionen und der Lieblingssitz der Krebsbildungen, die Cervix erhalten bleibe.

v. Hook spricht sich für die Operation per vaginam aus, wenn die Untersuchung die Nothwendigkeit einer Entfernung der Adnexa mitsammt dem Uterus ergibt, was der Fall ist, wenn der letztere selbst Sitz der Erkrankung ist oder seine Entfernung eine wesentliche Vereinfachung der Operation bietet.

Eine besondere Beachtung erfuhr noch die Frage der Folgen der Hysterectomie in psychologischer Beziehung; die beobachteten Störungen sind stets auf Rechnung der exstirpirten Ovarien zu setzen. Harris kritisirt die Operation vom mechanischen Standpunkt, indem er das Organ als Theil des Beckenbodens betrachtet, vom physiologischen, indem er dem Uterus nur eine secernirende Function zuerkennt, die nach Exstirpation der Ovarien erlischt.

4) R. C. Norris: **The Necessity for Early Inspection of the Vagina in Puerperal Sepsis.** (American. Journ. of Obstetrics. April 1897.)

Der mitgetheilte, letal verlaufene Fall zeigt die Nothwendigkeit, in jedem Falle eine genaue, möglichst frühzeitige Untersuchung der Vagina bei puerperaler Infection vorzunehmen. N. empfiehlt eine Aetzung der Erosionen oder Ulcerationen mit 50proc. Chlorzinkoder 10proc. Lapislösung und fleissige Irrigation mit einer 2proc. Creolinlösung.

5) J. E. Langstaff: **Treatment of Dysmenorrhoea.** (Brooklyn Med. Journ. May 1897.)

Bei dysmenorrhoischen, dem Eintritt der Menses vorangehenden Beschwerden ist, einen frei beweglichen Uterus vorausgesetzt, das beste Mittel eine intrauterine Injection von 10 Tropfen einer 3 proc. Mischung von Jodtinctur mit Wasser nach Churchill, jeden vierten bis fünften Tag der intermenstruellen Periode wiederholt. Bei gleichzeitig bestehender Entzündung des Beckenbindegewebes oder Erkrankung der Ovarien bezw. Tuben ist diese Behandlung erfolglos.

6) H. C. Wood: **The ductless Glands.** (Americ. Journ. of the Medical Sciences. May 1897.)

Durch die Beobachtung aufmerksam gemacht, dass bei einer schweren, chronischen Form des Morbus Basedow. eine acute Splenitis mit Abscessbildung eine vollständige Heilung zur Folge hatte, versuchte W. ein Extract der Milz bei mehreren Fällen der Basedow'schen Krankheit, in einem Falle mit bemerkenswerthem Erfolge. Ein Nachtheil der Medication ist jedoch, dass bei genügend hoher Dosirung leicht Dyspepsie, Erbrechen, und bei subcutaner Einverleibung locale Reizung und Abscessbildung eintritt.

7) R. W. Wilcox: **Strophanthus, a clinical Study.** (Americ. Journ. of Med. Sciences. May 1897.)

Wilcox schliesst aus seinen Beobachtungen, dass Strophanthus im Allgemeinen der Digitalis vorzuziehen sei. Seine Vorzüge sind: Raschere Herabsetzung der Pulsfrequenz, grössere diuretische Kraft, das Fehlen cumulativer Wirkung und der Störungen der Digestion, und, was er der Digitalis gegenüber für die Hauptsache hält, der Mangel vasoconstrictorischer Eigenschaften. Es ist daher angezeigt, bei allen Fällen von Compensationsstörungen, von arterieller Degeneration, die eine Kräftigung der Herzaction erfordern, Herzfehlern mit mangelhafter Diurese, Herzschwäche und Herzneurosen, besonders aber bei allen Herzaffectionen im Kindes- und Greisenalter.

8) A. R. Cushny: **On the Action of the Digitalis Series on the Circulation.** (Journ. of Experimental Medicine. May 1897.)

In der sehr gediegenen Arbeit von Cushny, deren ausführlichere Inhaltsangabe der beschränkte Raum leider verbietet, constatirt der Autor, dass die Wirkung der Digitalis in zwei von einander verschiedene Stadien zu trennen ist. Im ersten Stadium zeigt sich ausgesprochene Hemmwirkung mit geringerer Beeinflussung der Muskelcontraction, im zweiten tritt der hemmende Einfluss zurück und die Muskelwirkung in den Vordergrund. Diese inhibitorische Wirkung ist eine Folge directer Reizung des Vagus sowohl central in der Medulla oblongata wie peripher im Herzen selbst. Der Grad dieser Reizung ist verschieden bei verschiedenen Thieren und bei den verschiedenen Stoffen der Digitalisgruppe. Im ersten Stadium ist die Herzaction verlangsamt, die Ventrikelcontraction wird ausgiebiger und manchmal auch die diastolische Erweiterung. Durch die stärkere Herzfüllung und kräftigere Entleerung mit gleichzeitiger Contraction der kleinsten Arterien in der Peripherie wird der Blutdruck erhöht und die Circulation beschleunigt. In dem zweiten Stadium, das therapeutisch nicht zur Verwendung kommt, ist die Herzaction in Folge der überwiegenden Reizung des Herzmuskels eine beschleunigte. Bei Herzdilatation glaubt C. aus seinen Experimenten schliessen zu dürfen, dass die Muskelwirkung der Digitalis den hemmenden Einfluss überwiegt und so die Dilatation direct verringert.

Ein weiterer von ihm neu aufgestellter Gesichtspunkt ist der, durch Zusatz anderer Mittel die beiden verschiedenen Wirkungsweisen der Digitalis zu isoliren, z. B. durch Atropin oder Sparteïn, welche die Reizwirkung auf den Vagus paralysiren.

Weitere Versuche in dieser Hinsicht sollen folgen.

9) D. Riesman: **The diagnostic Value of «Subpleural Friction» in acute Miliary Tuberculosis.** (New-York Medical. Journ. 17. April 1897.)

R. macht auf das schon 1872 von Jürgensen beschriebene Symptom des «subpleuralen Reibens» aufmerksam, welches dadurch entsteht, dass die dicht unter der Pleura gelegenen miliaren Knötchen bei der respiratorischen Verschiebung der Lungen an der costalen Pleura ein leises Reibegeräusch erzeugen, das zwischen Inspiration und Exspiration sowohl gefühlt als gehört werden kann. In zweifelhaften Fällen, zur Differentialdiagnose mit Typhus z. B. kann das Symptom von ausschlaggebendem Werthe sein.

10) H. Illoway: **Cardiac Disturbances from Gastric Irritation.** (NewYork Med. Journ. 24. April und 1. May 1897.)

I. zeigt an verschiedenen Fällen, dass nicht nur Erkrankungen des Herzens gastrische Störungen verursachen können, sondern auch umgekehrt Erkrankungen des Magens manchmal ziemlich schwere Herzerscheinungen bedingen. Er unterscheidet: Störungen des Rythmus, mit oder ohne subjective Beschwerden, dynamische Störungen, die sich durch abnorme Herztöne oder Herzgeräusche äussern, schmerzhafte Neurosen und endlich sogar vorübergehende oder bei öfterer Wiederholung persistirende Herzdilatation, wie sie schon Potain beobachtet hatte. Der Weg der Erkrankung geht wahrscheinlich von den Magennerven reflectorisch zum Centrum und durch den Sympathicus über die Lungen oder direct zum Herzen.

11) Ch. Beck: **When shall we operate for Cholelithiasis?** (New-York Med. Journ. 8. May 1897.)

Unter Mittheilung einer Anzahl charakteristischer Fälle plaidirt B. für eine häufigere operative Behandlung der Cholelithiasis. Die Cholecystotomie ist indicirt bei acuter Cholecystitis, beim chronischen Hydrops der Gallenblase, bei acuten, fieberhaften, in der Gegend der Gallenblase localisirten Kolikanfällen, welche ein zweites- oder drittesmal recidiviren, ferner bei Ikterus von mehr als vierwöchentlicher Dauer und bei Ileus in Folge von Gallensteinen. Endlich ist in allen Fällen, in denen entzündliche Symptome von Seiten des Peritoneums in dieser Gegend auftraten, eine Probelaparotomie angezeigt.

Bezüglich der Technik der Operation empfiehlt es sich, den Wundcanal nicht zu schliessen, umsomehr, als sich in manchen Fällen durch eine feste Tamponade desselben ersehen lässt, ob der Ductus choledochus frei oder noch durch Concremente verlegt ist.

12) Wharton Sinkler: **Habit-Chorea.** (Americ. Journ. of the Medical Sciences. May 1897.)

Unter Habit-Chorea versteht man eine der gewöhnlichen Chorea ähnliche, aber doch klinisch verschiedene, nervöse Erkrankung, deren Sitz in der Regel auf einen Körpertheil, und zwar meist das Gesicht beschränkt ist. Fast stets lässt sich eine irritirende Ursache für diese gewohnheitsmässigen krampfähnlichen Bewegungen feststellen. Durch psychische Ablenkung oder Anregung des Willensvermögens lassen sich die Anfälle für eine Zeitlang eliminiren. Sie entstehen gewöhnlich auf der Basis einer anaemischen, neurotischen, oder sonst irgendwie geschwächten Constitution. Als aetiologische Momente kommen Erkrankungen des Auges und der Nasenhöhle hauptsächlich in Betracht. Therapeutisch sind vor Allem Arsen, dann eisenhaltige Mittel, und Wechsel der Umgebung angezeigt.

F. Lacher-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 30. Juni 1897.

Herr **Maas: Ueber Celluloidverbände.**

Vortragender empfiehlt auf's Wärmste das von Landerer und Lorenz in die Verbandtechnik eingeführte Celluloid zur Herstellung von Dauerverbänden und orthopädischen Apparaten. Die grosse Leichtigkeit und verhältnissmässige Billigkeit machen es hiezu sehr geeignet; das langsame Festwerden jedoch beschränkt die Anwendung des Celluloids auf die genannten beiden Verbandarten, da es immer erst die vorherige Anfertigung eines Gipsabgusses erfordert. (Näh. s. Chir. Centralbl. 1896.)

Herr **Below: Die Melanurie, ein Kunstproduct der Chininsalze?**

Auf Grund seiner eigenen vieljährigen Erfahrung in Mexico und eines ihm neuerdings zugegangenen Berichtes aus Neuguinea tritt Vortragender in dem Streite über die Zugehörigkeit des Schwarzwasserfiebers dafür ein, dass dasselbe dem gelben Fieber und nicht der Malaria nahestehe und dass die Melanurie dann auftrete, wenn grössere Dosen von Chininsalzen gegeben werden. H. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 15. Juni 1897.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. **Demonstrationen:**

Im Anschluss an seinen früheren Vortrag und auf Aufforderung zeigt Herr Krause: Zahlreiche Präparate von Wirbelsäulen, die durch Tuberculose verändert sind und die verschiedenen Stadien vom Beginn der tuberculösen Affection bis zur Totalnekrose mehrerer Wirbelkörper aufweisen. Er verliest den Passus aus Calot's Originalarbeit, in welchem die Durchmeisselung schon consolidirter Calli behufs Redressement unter Freilegung des Rückenmarkes empfohlen wird. Vortragender gibt seiner Bewunderung von C.'s Technik oder Muth Ausdruck, betrachtet aber den Erfolg als glücklichen Zufall und warnt vor diesen grossen Eingriffen nochmals.

Herr Hesse zeigt einen 5jährigen Knaben mit, nach in der ersten Lebenszeit durchgemachter Encephalitis acuta, zurückgebliebener Hemiplegie und geringer Idiotie. Die Diagnose ist durch den elektrischen Befund gesichert.

Herr Kellner zeigt Röntgen-Photographien, von dem in letzter Sitzung demonstrirten Knaben mit Extremitätendefecten. Dieselben zeigen deutlich das Fehlen der gesammten linksseitigen Bein- und rechtsseitigen Handknochen.

II. Fortsetzung der Discussion über die **chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.**

Herr Jessen hat bisher 4 Patienten mit Morbus Basedow. behandelt, von denen einer gestorben ist. Ein 5. Patient ging ihm gestern Abend zu und er stellt denselben vor. Ewerführer seit 5 Jahren leidet Patient an Kopfweh, Schwindel und Schwäche. J. fand Puls 80 bei Exophthalmus, Struma und Magerkeit, ohne Arythmie und Zittern. Im Weitern spricht sich J. für die chirurgischen Eingriffe im Sinne Kümmell's aus. Er hält Giftwirkung von Seiten der Drüse für wahrscheinlich.

Herr Rumpf fragt, ob der Augenhintergrund untersucht sei.

Herr Jessen: Nein.

Herr Rumpf bezweifelt darauf den Fall als zum Basedow zugehörig; da jede Arythmie und Zittern fehle, könne er ihn auch nicht als forme fruste gelten lassen.

Herr Sarason wirft nach langathmiger Einleitung über die Vortheile rationeller Hydrotherapie die Frage auf, ob nicht allein durch die Circulationsänderung die Strumectomie nützlich wirke. Es fehlen Untersuchungen über die Gefässverhältnisse der Strumen nach ihrem histologischen Bau. Da das Höhenklima nicht leicht zu beschaffen, empfiehlt er, Bezug nehmend auf Winternitz' letzten Vortrag, die Allen zugängige Hydrotherapie.

Herr Wiesinger: Bei der Beurtheilung des Effectes der Operationen ist der psychische Eindruck nicht zu vergessen. Auch nach Nasenoperationen und Laparotomie wegen Cholecystitis trat Besserung von Basedow ein. Die Statistik erscheint eine Gesammtmortalität von 10 Proc. zu ergeben. Er selber verlor von 4 Operirten 1. Man solle nur operiren, wenn alle Interna erschöpft. Vielleicht bringt uns die Zukunft bald neue Mittel.

Herr Thost erinnert an die nicht ferne Zeit, wo man den B. als Reflexneurose erklärte und z. B. Hack in Freiburg i/B. Heilung durch Muscheloperation erzielte. Er hat selber je einen Fall von Herrn Sänger und Lauenstein behandelt. In beiden bestand Recurrenslähmung, die durch die Operation nicht gebessert wurde. Ein dritter Fall von Recurrenslähmung bei Basedow steht noch in seiner Behandlung. Für die Auffassung des Gesammtbildes erinnert er an die Arbeit von Freund jr. in Strassburg über die Beziehung der Genitalien zur Strumabildung.

Herr Francke ergreift nur das Wort, um die Erfolge des Herrn Kümmell zu bestätigen, da er die meisten seiner Fälle mit beobachten konnte. Sie seien zwar alle nicht geheilt, aber sehr gebessert, auch der Exophthalmus. Das gelte auch von dem durch Herrn Nonne vorgestellten Schuhmacher. Die Indicationsstellung des Herrn Lauenstein hält er für zu eng. Die menstruelle Entwicklungsperiode gebe eine Gegenanzeige. Historisch möchte er hervorheben, dass A. v. Graefe bereits einen kleinen Eingriff, die Tarsorrhaphie, empfohlen habe. Er sowohl wie Dusch haben damals die Mortalität des B. auf ca. 12 Proc. berechnet. Für die Messung des Exophthalmus bedient sich Herr F. eines besonderen Apparates, den er demonstrirt.

Herr Lenhartz bittet den Fall des Herrn Nonne durch Photographie der Aerztewelt zugänglich zu machen. Keiner könne ihn als geheilten ansprechen. Eulenburg habe in den letzten Tagen berichtet, dass ihm unter 400 Fällen nur 1 gestorben, weil er sich gegen seinen Rath habe operiren lassen. Die Prognose sei quoad vitam gut.

Herr Francke betont nochmals, dass der Fall des Herrn Nonne gegen die Zeit vor der Operation doch bedeutend gebessert sei. Ob Eulenburg alle seine Fälle weiter verfolgt habe, sei nicht gesagt.

Herr Nonne erinnert an seine Ausführungen. Er habe von subjectiver Besserung gegenüber den objectiven Befunden gesprochen. Er leugne daher auch keineswegs, dass sein Patient noch B. habe und glaube daher, dass Herr Lenhartz wohl von dem gewünschten Appell abstehen werde.

Herr Fraenkel: Unzweifelhaft kommen Todesfälle bei B. vor, wie er deren selber 2 erlebt hat, durch Kachexie und unstillbares Erbrechen.

Williamson beobachtete in 9 Jahren 32 Fälle mit 6 Todesfällen. Die Gifttheorie ist durch Nichts bewiesen. Es fragt sich, ob überhaupt die Struma das erste Symptom ist, da durch übermässige Thyreoideafütterung nie B. hervorgerufen wurde, andererseits B. ohne Struma vorkommt und Struma ohne B. In der Zeit vor Antritt des Herrn Kümmell wurden in Eppendorf 3 Fälle von B. operirt. 1 starb, 1 ward geheilt, 1 blieb ungeheilt.

Herr Jessen glaubt sich zu erinnern, dass in der Literatur durch Thyreoidinfütterung B.-ähnliche Erkrankung beschrieben. Die langsame Besserung nach der Operation wird durch die nervöse Erkrankung erklärt, die vielleicht die primäre Ursache wieder der erwähnten Secretionsanomalie der Schilddrüse sei.

Herr Plath macht darauf aufmerksam, dass er relativ oft bei Erstimpflingen Strumabildung bemerkt habe, ähnlich der von Freund bei Eintritt der Menstruation beschriebenen.

Herr Kümmell (Schlusswort) dankt für das grosse Interesse der Mitglieder. Die Mehrzahl scheine doch für die Operation in seinem Sinne. Dass die Besserung oft nur langsam eintrete, spräche nicht gegen den Eingriff, wichtiger sei, dass bei Strumarecidiv auch der B. wiederkehre. Man dürfe aber weder zu früh noch bereits moribunde Fälle operiren. Zu langes Abwarten führe zu so schlechten Ergebnissen, wie schon früher beim Ileus.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

IX. Sitzung vom 16. Juni 1897.

1. Herr **Bach: Demonstration verschiedener Bildungsanomalien des Auges.**

Vortragender demonstrirt Präparate und Zeichnungen von typischem und atypischem Iriskolobom und Linsenkolobom, von Kolobom der Zonula Zinnii, von Sehnervenkolobom mit vollständigem Mangel der Lamina cribrosa, von Arteria hyaloidea persistens, von Mikrophthalmos, von Orbitalcysten, von Lenticonus posterior und vom Spindelstar. Er spricht kurz zur Genese dieser Anomalien.

2. Herr **Gürber: Ueber die wirksamen Substanzen der Nebenniere.**

Herr Gürber bespricht vorerst einige Blutdruckversuche mit wässerigem Nebennierenextract am Kaninchen, ohne jedoch wesentlich neue Gesichtspunkte in dieser Richtung hervorheben zu können.

Die Blutdrucksteigerung ist den vorliegenden Curven gemäss immer eine ganz beträchtliche und geht wenigstens zu Anfang mit einer starken Verzögerung der Herzthätigkeit, ja sogar mit längeren Herzpausen Hand in Hand.

In dieser Verzögerung der Herzthätigkeit sieht der Vortragende eine natürliche compensatorische Wirkung des Vagus gegen die durch den arteriellen Gefässkrampf bedingte Blutdrucksteigerung.

In Folge Lähmung des Vaguscentrums trete aber die Wirkung dieses Nerven auf das Herz bald ausser Thätigkeit, wodurch in späteren Stadien die Blutdrucksteigerung sogar von einer Beschleunigung der Herzthätigkeit gefolgt sei. Dass das Vaguscentrum und nicht etwa die intercardialen Centren von dem Gift in Bezug auf die Pulsfrequenz des Herzens beeinflusst werde, erschliesst der Vortragende daraus, dass Reizung des Vagusstammes sofortige Verlangsamung des Pulses bezw. des Blutdruckes bedingt.

Den Angriffspunkt der blutdrucksteigernden Nebennierensubstanz für den Gefässkrampf möchte der Vortragende, gestützt auf die überzeugenden Versuche Welich's, in die Gefässwand selbst verlegt wissen.

Die grösste Wichtigkeit hat für den Vortragenden die Frage nach der chemischen Natur der blutdrucksteigernden Nebennierensubstanz. Von den in der Literatur hierüber bestehenden Angaben könne nur die von Mühlmann eine gewisse Würdigung beanspruchen. Nach Mühlmann wäre nämlich der fragliche Körper Brenzkatechin oder stünde zum Mindesten mit Brenzkatechin in naher chemischer Beziehung, zumal es ihm einerseits gelungen sei, Brenzkatechin in dem Nebennierenextract zweifellos nachzuweisen, und andererseits das Brenzkatechin in seiner physiologischen Wirksamkeit grosse Aehnlichkeit mit der Nebennierensubstanz zeige.

Der Vortragende konnte weder Brenzkatechin nach den Angaben Mühlmann's aus dem Nebennierenextract darstellen, was doch für den Nachweis dieses Stoffes die erste Bedingung wäre, noch auch, wie vorgelegte Curven ergaben, die behaupteten Beziehungen zwischen Brenzkatechin und der blutdrucksteigernden Substanz in der Wirkung finden. Er glaubt, dass ein erfolgreiches Studium der Nebennierensubstanz überhaupt nur dann zu erhoffen sei, wenn es gelänge, diesen Stoff zu isolieren, eine Aufgabe, die er bis zu einem gewissen Grade als gelöst betrachtet, indem es ihm gelungen ist, Nebennierensubstanz in Form eines demonstrirten Präparates zu gewinnen, das schön krystallisirt und desshalb den Eindruck eines reinen chemischen Körpers macht.

Diese Substanz zeigt gemäss den vorgeführten Reactionen die charakteristischen Eigenschaften der blutdrucksteigernden Nebennierensubstanz, sie ist unglaublich leicht löslich in Wasser, ausserordentlich hygroskopisch, schwer löslich in kaltem absolutem Alkohol und Aether, in ihrer elementaren Zusammensetzung enthält sie neben Kohlenstoff, Wasserstoff und Sauerstoff noch Stickstoff und Schwefel und zwar den Schwefel in nicht oxydirter Form, beim Erhitzen der Substanz in einem luftleeren Glasrohr auf 140° als H_2S freiwerdend.

Mit Eiweisskörpern scheine diese Substanz aber nicht verwandt zu sein. Die genauere chemische Charakterisirung der Substanz und damit den Beweis für die Richtigkeit der angenommenen Reinheit derselben, könne aber erst die quantitative Elementaranalyse und das Studium der Zersetzungsproducte der Substanz bringen, eine Aufgabe, mit deren Lösung der Vortragende noch beschäftigt ist.

Verfasser berichtet sodann über eine Entdeckung am Nebennierenextract, die ebensosehr von physiologischem Interesse sein dürfte, wie die Entdeckung der blutdrucksteigernden Substanz. Bei Gelegenheit seiner Versuche nämlich, die blutdrucksteigernde Substanz zu isoliren, was ja immer an Hand der Thierversuche zu geschehen hatte, erhielt er öfters Substanzen, die, anstatt den Blutdruck zu steigern, denselben, wie aus den vorgelegten Curven hervorgeht, herabzusetzen im Stande ist. Da die blutdruckherabsetzende Substanz regelmässig erhalten wurde, wenn das wässerige Nebennierenextract eingedampft und bei über 100° getrocknet wurde, so konnte es keine Schwierigkeiten machen, die Substanz leicht jederzeit zu bekommen. Am zweckmässigsten sei es, so vorzugehen, dass man das wässerige mit etwas Weinsäure angesäuerte Nebennierenextract auf dem Wasserbad unter Zugabe von Bimstein zur Trockne verdampfe, den Rückstand nach feinem Pulverisiren in einer luftleer gepumpten Kaliglasröhre einschmelze und dann mehrere Stunden auf 140° erhitze, die so behandelte Substanz nach Vertreiben des freigewordenen H_2S und anderer übelriechender gasiger Producte mit Alkohol extrahire und den Alkohol in starker Kältemischung auf mindestens — 5° abkühle und von dem entstandenen Niederschlag abfiltrire. Das Filtrat enthalte dann die blutdruckherabsetzende Substanz, die nach Vertreiben des Alkohols in physiologischer Na Cl-Lösung aufgenommen, zur intravenösen Injection geeignet sei.

Wie aus den vorgelegten Curven hervorgeht, ist die Wirkungsdauer dieser Substanz bedeutend kürzer als die der blutdrucksteigernden, dagegen scheint die blutdruckherabsetzende Substanz viel giftiger zu sein, da schon nach wenigen Injectionen offenbar kleiner Mengen Substanz ein rascher Tod unter den Erscheinungen der Herzlähmung eintritt. Vortragender wirft nun die Frage auf, ob diese Substanz ebenso wie die blutdrucksteigernde in der Nebenniere vorgebildet sei oder ob sie nicht vielmehr bei der Behandlung des Nebennierenextractes vielleicht gerade aus der blutdrucksteigernden entstehe. Dass letzteres nicht der Fall sei, ginge daraus hervor, dass die reine blutdrucksteigernde Substanz, im zugeschmolzenen Glasrohr erhitzt, die blutdruckherabsetzende Substanz nicht gebe, wohl aber selbst unter Abgabe von H_2S unwirksam werde. Dagegen spräche viel dafür, dass die blutdruckerniedrigende Substanz in den Nebennieren vorgebildet sei und nur desshalb vorerst nicht erkannt worden sei, weil die blutdrucksteigernde Substanz sie in ihrer Wirksamkeit verdeckt, und erst, wenn letztere zerstört werde, könne erstere zur Geltung kommen.

Wie die vorgelegten Curven beweisen, sind die beiden wirksamen Bestandtheile der Nebenniere gegenseitige Antagonisten und zwar so, dass die blutdrucksteigernde Substanz die Wirkung der blutdruckherabsetzenden und die blutdruckherabsetzende die Wirkung der blutdrucksteigernden überzucompensiren im Stande ist.

Die eigenartigen Lösungsverhältnisse der blutdrucksteigernden Substanz haben es dem Vortragenden bis jetzt unmöglich gemacht, die beiden wirksamen Substanzen gleichzeitig aus der Nebenniere zu isoliren. Zwar sei die blutdruckerniedrigende Substanz leicht löslich in kaltem Alkohol, die blutdruckerhöhende dagegen schwer, letztere aber immerhin doch noch so weit löslich, dass die davon in kalten Alkohol übergegangenen Mengen hinreichen, um die Wirkung der in diesem Alkohol ebenfalls gelösten blutdruckerniedrigenden Substanz zu verdecken.

Ueber die chemische Natur dieser Substanz, sowie über die physiologischen Verhältnisse ihrer Wirksamkeit hat der Vortragende entweder noch keine Untersuchung angestellt oder sind ihm die vorliegenden Versuchsresultate noch nicht eindeutig genug, um irgend etwas Positives in dieser Richtung behaupten zu können.

Immerhin werden auch hierüber nähere Mittheilungen baldigst in Aussicht gestellt.

Sitzung vom 23. Juni 1897.

Herr **Berten: Ueber elektro-medicamentöse Zahnbehandlung.**

Nach Erläuterung des Begriffes der Kataphorese gibt Vortragender einen Ueberblick über die bisherigen Versuche, mittels des elektrischen Stroms Arzneistoffe dem Organismus einzuverleiben. Während nun die Kataphorese sich bis jetzt in die allgemeine Therapie wenig Eingang verschafft hat, bietet sie für die Zahnheilkunde und zwar vor Allem für die Anaesthesirung des Dentins grosse Vortheile. Dem Einwand, dass es sich bei der kataphoretischen Einverleibung von Arzneimitteln, so bei der auf kataphoretischem Wege erreichten Cocaïnanaesthesie, um einen blossen Diffusionsvorgang des gewählten Arzneimittels handle, tritt Berten durch Versuche entgegen, die ergeben, dass z. B. Methylenblaulösung in Gelatineröhrchen weit stärker und energischer eintritt unter dem Einfluss des elektrischen Stromes als durch blosse Diffusion.

Vortragender demonstrirt noch das zur Vornahme der Elektrococaïnanaesthesie nöthige Instrumentarium. Zur Regulirung der Elektricitätsquelle, die über eine Stärke von 40—45 Volt und einen Strom von $^1/_{100}$ bis 10 Milliampère verfügen muss, dient ein eigens construirter Rheostat, der zur bequemen Handhabung nach des Vortragenden Angabe am Operationsstuhl angebracht wird. Das ganze Verfahren wird an einem Patienten demonstrirt, bei welchem es in vorzüglicher Weise gelingt, eine völlige Anaesthesie des Dentins zur Eröffnung der Pulpahöhle zu erzielen.

Neumann.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 3. Juli 1897.

Vom II. Wiener Otologentag. — Angina ulcerosa.

Die oesterreichische otologische Gesellschaft veranstaltete am 27. und 28. Juni l. J. statutengemäss einen Otologentag. Derselbe war gut besucht, auch Ohrenärzte des Auslandes nahmen an der Versammlung theil. Am Vorabende fand die collegiale Begrüssung statt, welcher auch der Präsident und Vicepräsident der Wiener Aerztekammer beiwohnten. In einem Toaste wurde auf die Hebung der Collegialität durch Gründung von derlei specialistischen Vereinen hingewiesen. In der administrativen Sitzung zu Beginn des Otologentages wurde Professor Urbantschitsch für das nächste Vereinsjahr der otologischen Gesellschaft zum Vorsitzenden und Professor Politzer zu dessen Stellvertreter gewählt.

Aus dem reichen Materiale der nun folgenden wissenschaftlichen Verhandlungen hebe ich nur Einzelnes hervor, ohne mich stricte an die Reihenfolge der Vorträge zu halten. Da ist vor Allem ein Vortrag von Prof. Urbantschitsch zu erwähnen, der sich betitelte: «Ueber Schwindel und Scheinbewegung». U. besprach eine Scheinbewegung und Störungen des Gleichgewichtes, welche durch verschiedene Einflüsse auf das Ohr, darunter auch durch akustische Einwirkungen, sehr häufig auftreten. Man hat es hier mit Störungen des Gleichgewichtes zu thun, deren Richtung abhängig ist von der Art der Einwirkung auf das Ohr und bei den akustischen Einflüssen von dem betreffenden Tone, und in letzterem Falle, je nach den Tönen, in verschiedener Richtung folgen kann. Wie sich der Vortragende überzeugt hat, treten bei vielen Personen, darunter auch Ohrengesunden, bei den Einwirkungen auf das Ohr Scheinablenkungen ein, die U. an eigens construirten Kreisen mit eingezeichneten Radien näher bestimmt hat. Ausser den Scheinablenkungen ergaben die Radien verschiedene Scheinbewegungen, so z. B. Fächerbewegungen, Oscillationen, Schlangenlinien u. dergl.

Weitere Versuche mit Farbeneinwirkungen, wobei dem einen Auge verschiedenfarbige Gläser vorgehalten wurden, zeigten den Einfluss, den verschiedene Farben auf das Entstehen von Scheinablenkung und Störungen des Gleichgewichtes und auf die Veränderung einmal entstandener Störungen des Gleichgewichtes und Scheinablenkungen zu nehmen vermögen. Auch hier ergaben die einzelnen Farben bei den einzelnen Individuen und dieselben Farben bei verschiedenen Personen die mannigfaltigsten Verschiedenheiten.

Alle diese Erscheinungen ergaben die bemerkenswerthe Thatsache, dass das monoculäre Sehen mit dem binoculären häufig nicht übereinstimmt, dass beim monoculären Sehen gewisse Scheinbewegungen und Störungen des Gleichgewichtes vorhanden sein können, die beim binoculären Sehen nicht hervortreten.

Einen interessanten Vortrag hielt sodann Prof. Politzer, pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zu den Erkrankungen des äusseren Attic. In therapeutischer Hinsicht kündigte P. an, dass er Versuche zu machen gedenke, den äusseren Attic mittelst kleiner Fräsen, wie sie die Zahnärzte benützen, zu eröffnen. — Prof. Gruber sprach über die Betheiligung des Gehires und seiner Häute bei Mittelohrentzündungen, Dr. Spira (Krakau) über die conservative Behandlung der chronischen Otorrhoe. Nach Spira's Erfahrungen verdient das Xeroform bei der Behandlung der chronischen Mittelohreiterung eine grössere Berücksichtigung, da bei dessen Anwendung keine Gefahr der Eiterretention droht und die Secretion entschieden günstig beeinflusst wird.

Docent Dr. Pollak demonstrirte Bezold's continuirliche Tonreihe, besprach ihre Vorzüge und die Nothwendigkeit dieses Instrumentariums zur Stellung von Differentialdiagnosen, insbesonders bei den Erwerbskrankheiten und bei den luëtischen Ohrenerkrankungen. — Interessante theoretische Vorträge hielten Dr. Alexander-Wien über die Entwicklung des Labyrinthes (mit Demonstration) und Dr. Hammerschlag über die Lehre von der Function der Gehörschnecke vom Standpunkte der Entwicklungsgeschichte.

Für den nächstjährigen Otologentag wurden die DDr. Alt und Hammerschlag über das Thema: «Abgrenzung der Labyrintherkrankungen von denen des Mittelohres» als Referenten bestellt.

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft zählte bisher 35 Mitglieder und wurden im abgelaufenen Berichtjahre 27 Krankendemonstrationen, 16 Vorstellungen von Operirten, 4 Mittheilungen über neue Instrumente und Untersuchungsmethoden, 4 casuistische Vorträge und eine Discussion über den Gebrauch des Wasserstoffsuperoxyds bei Ohrenkranken abgehalten.

In der Gesellschaft der Aerzte machte jüngst Dr. J. Bernheim eine interessante Mittheilung über Untersuchungen bei der Stomatitis ulcerosa. In Gemeinschaft mit Dr. Pospischil wurden im St. Anna-Kinderspitale während der letzten zwei Jahre alle mit dieser Affection behaftete Kinder (ca. 30) genau untersucht, und da wurden zwei beachtenswerthe Befunde constatirt: Vorerst fanden sie »ziemlich häufig« die Localisation dieses bekannten Prozesses auch an den Tonsillen, ja zuweilen sagar ausschliesslich an dieser Stelle, was von deutschen Autoren bisher wenig beachtet wurde, während französische und russische Aerzte derlei genau beschrieben haben. Bei gleichzeitiger Erkrankung der Mundhöhle wird man die Geschwürs- und Belagbildung an einer Tonsille (zumeist einseitig!) wohl richtig deuten; ein Missgriff resp. eine falsche Diagnose (auf Diphtheritis) ist aber leicht möglich, wenn die Affection blos die Mandel betrifft, was Dr. Bernheim mit «Angina ulcerosa« bezeichnet, und thatsächlich sind solche Irrthümer auch hier des Oefteren vorgekommen. Filatow weist diesbezüglich auf das Missverhältniss zwischen der Schwere der localen Erscheinungen (selbst starke Drüsenschwellung) und der geringen Störung des Allgemeinbefindens hin, auf das langsame Fortschreiten des Prozesses an der Tonsille und auf die oft beobachtete Einseitigkeit des Auftretens.

Eine sichere und rasche Unterscheidung beider Processe — Diphtheritis und Angina ulcerosa — ermöglicht die bacteriologische Untersuchung des schmierigen Belages. Bei der Stomacace fanden unsere Autoren constant und in grossen Massen, als wahre Reinculturen, zwei Mikroorganismen, nämlich einen Bacillus und eine Spirochaete, beide beweglich, immer gleichzeitig, als ob sie zu einander in einem synbiotischen Verhältniss stehen würden. Es handelt sich hier um bekannte Mikroorganismen, welche z. B. Miller schon in cariösen Zähnen gefunden hat, jedoch stets in geringer Anzahl. Alle Versuche, sie rein zu züchten, sind bisher misslungen.

Dr. Bernheim bemüht sich, auf indirectem Wege zu erweisen, dass man es hier höchst wahrscheinlich auch mit den Erregern der Mundfäule resp. der Angina ulcerosa zu thun habe. Auch andere Mikroorganismen, so der Strepto- und Staphylococcus und bekanntlich auch der Diphtheriebacillus, finden sich gelegentlich in geringer Zahl im Munde sonst gesunder Kinder. Gleichwohl werden diese Mikroorganismen, wenn sie sehr reichlich vorhanden sind, als Erreger gewisser Anginen resp. der A. diphther. angesehen. Der besagte Bacillus und die Spirochaete kommen bei der Stomacace constant und so massenhaft vor, sie fehlen niemals in Geschwürsprocessen, sie werden von Kind auf Kind übertragen (derselbe Befund bei den primär Erkrankten und secundär Inficirten nach Plaut), dass man wohl berechtigt sei, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den erwähnten Bacterien und unserer Affection anzunehmen.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Biologie.

Sitzung vom 29. Mai 1897.

Arloing stellte experimentelle Untersuchungen über die Giftigkeit des Schweisses an, wozu er die der Haut anliegenden Kleidungsstücke des betreffenden Individuums in besonderer Weise behandelte und die gewonnene Flüssigkeit Kaninchen injicirte. Der giftigste Schweiss ist derjenige, welcher während und in Folge der Muskelarbeit producirt wird, der am wenigsten giftige jener, der in Folge einfacher äusserer Einwirkung (Dampfbäder, warmen

Wickelungen) hervorgebracht wird; bei einzelnen Individuen ist der Grad der Giftigkeit constant höher als bei anderen. Beim Vergleich mit dem Harne ergab sich, dass derselbe weniger giftig wie der Schweiss ist, aber schneller die Vergiftung herbeiführt; mit dem Schweiss beobachtete man nie den sofortigen Tod wie bei Injection von Harn, andererseits geht ein Thier, welches 24 Stunden lang der Injection von Schweissextract Widerstand geleistet zu haben scheint, oft nach mehreren Wochen an progressiver Kachexie zu Grunde, ohne dass bei der Autopsie eine specielle Erkrankung zu finden wäre.

Paul Courmont hat in 240 Fällen die Serumdiagnose ausgeführt: Unter 116 Fällen von Typhus haben alle die Reaction ergeben, nur 5 davon etwas verspätet (am achten Tage), 58 Reconvalescenten wurden auf den Bestand der Reaction geprüft und es ergab sich, dass sie beim Kinde im Laufe der ersten 2 Monate, beim Erwachsenen im Allgemeinen gegen den 4. oder 5. Monat verschwindet. Bei zweien war jedoch die Reaction noch nach 1 resp. 2 Jahren eine positive. 64 an den verschiedensten Krankheiten Leidende ergaben einen negativen Ausfall mit Ausnahme eines Einzigen, welcher, ohne dass die Anamnese Typhus aufwies, eine vollständige Agglutination gab.

Nachdem schon von anderer Seite bewiesen war, dass das eingetrocknete Sputum von Pneumoniekranken seine Virulenz bewahre, injicirte Netter Meerschweinchen destillirtes Wasser, welches den von den Wänden eines Krankenhaussaales entnommenen Staub enthielt. Die Thiere erkrankten an Peritonitis mit doppelseitiger Pleuritis, durch Culturverfahren erhielt man daraus den Pneumococcus, welcher für Meerschweinchen, Kaninchen und Mäuse pathogen war und sie in weniger als 21 Stunden tödtete. Diese Versuche lehren, dass der in einem Krankenhaussaale suspendirende Staub virulente Pneumococcen enthalten kann, ähnlich, wie es Cornet bezüglich der Tuberkelbacillen nachgewiesen hat.

Bezüglich des neuen Tuberculins von Koch hat die französische Akademie der Medicin, welche von dem zuständigen Minister zu einem Gutachten aufgefordert wurde, auf Antrag des Berichterstatters Nocard und der speciellen Serumcommission beschlossen, die definitive Erlaubniss zum Verkaufe des Mittels in Frankreich noch nicht anzuempfehlen. In Anbetracht des Drängens des Publicums sei aber vorläufig mit provisorischer Erlaubniss der Verkauf zu gestatten; Bedingung sei aber, dass das Tuberculin völlig aseptisch sei, was bei allen der Commission bis jetzt vorgelegten Proben*) nicht zutraf, in welchen sowohl Bacterien, wenn auch nicht pathogene, und Hefepilze gefunden worden seien. Hervorgehoben wurde auch von Nocard als recht misslich, dass die Beschreibung von Koch über sein Mittel zu arm an Einzelnheiten sei, um dessen genaue Zusammensetzung beurtheilen zu können.

In der Pariser Gesellschaft für Chirurgie (Sitzung vom 25. Mai 1897) zeigte Brun die Wirbelsäule eines Kindes, bei welchem das Redressement nach Calot gemacht worden war. Dasselbe war von Pleuropneumonie gefolgt und nach 6 Wochen trat der Tod ein.

St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Royal Academy of Medicine in Ireland.

Sitzung vom 23. April 1897.

Anwendung und Missbrauch des Ergotins.

More Madden beklagt, dass die Reaction gegen den früher mit dem Ergotin getriebenen Missbrauch, dessen Anwendung jetzt selbst in geeigneten Fällen in Misskredit gebracht habe. Eine der ersten Bedingungen für seine Anwendung bei der Geburt ist, dass die Lage eine Schädellage ist und keinerlei Missverhältnisse zwischen Foetus und Becken bestehen. Ferner muss der Muttermund genügend eröffnet sein, um eventuell Kunsthilfe zu gestatten. Seine Anwendung vor, während oder nach der zweiten Geburtsperiode ist indicirt, wenn Wehenschwäche vor völliger Erweiterung des Muttermundes eintritt und dem Kinde oder der Mutter von längerer Dauer der Geburt Schaden droht, ferner innerhalb der zweiten Geburtsperiode bei jeder Verzögerung, bei welcher keine weitere Complication vorliegt oder Verdacht auf eine stärkere Nachblutung besteht, endlich im dritten Stadium, um die Austreibungsperiode der Placenta abzukürzen und Nachblutung zu verhindern. Weiterhin kann seine Anwendung zur Beschränkung des Wochenflusses, Beseitigung der Nachwehen und Verstärkung und Beförderung der Uteruscontractionen und Rückbildung des Organes mit Erfolg versucht werden. Er empfiehlt zu diesem Zwecke eine nur einmalige, aber dafür starke Dosis des frischen Extractes, 4—8 gr per os mit gleichzeitiger hypodermatischer Injection von 3 gr in die Glutaealregion.

Die beigefügte Statistik spricht für seine Ausführungen.

*) Der Serumcommission der Akademie müssen von allen zum Verkauf in Frankreich kommenden Serumarten Proben vorgelegt werden, welche einer sehr genauen Untersuchung vor der Verkaufs-Erlaubniss zu unterziehen sind.

A. Smith und Horne sprechen sich gegen die Ergotinanwendung intra partum aus und wollen dasselbe nur zur Stillung von Nachblutungen im Puerperium angewendet wissen.

Kidd empfiehlt die Combination von Ergotin mit Opiaten zur Stillung der Nachwehen.

British Gynaecological Society.

Sitzung vom 13. Mai 1897.

Probelaparotomie bei maligner Erkrankung der Bauchorgane.

Herbert Snow bespricht den Erfolg der sogenannten Probelaparotomie in wirklichen und angenommenen Fällen maligner Abdominalerkrankung und kommt unter Mittheilung einer Anzahl allem Anschein nach geheilter Fälle zu dem Schlusse, dass dieselbe in allen Fällen angezeigt sei, einmal weil dadurch mancher Irrthum aufgeklärt und eine falsche Behandlung vermieden werden könne und andrerseits, weil die Erfahrung lehrt, dass eine Eröffnung des Abdomens in der Mehrzahl der Fälle einen günstigen Verlauf auf die, nicht nur tuberculösen, Affectionen ausübt. Cl. Godson und Purcell bestätigen seine Beobachtungen.

Mayo Robson, M. Jones und Bowreman Jessett bezweifeln, dass bei wirklich malignen Formen die einfache Laparotomie irgend welchen Heilaffect haben könne. Die beiden Letzten führen Fälle an, in denen sich der vermeintliche Tumor auf die Application ergiebiger Einläufe als Coprostase entpuppte.

Obstetrical Society London.

Sitzung vom 2. Juni 1897.

Geburtsverlauf bei spinaler Lähmung.

Amand Routh beschreibt den Geburtsverlauf bei einer Multipara, bei welcher während der Gravidität durch einen Unfall eine vollständige Paraplegie vom sechsten Rückenwirbel abwärts auftrat. Die Geburt erfolgte am 261sten Tage nach der letzten Menstruation, und zwar ohne jedes Schmerzgefühl. Die erste Geburtsperiode dauerte 10 Stunden, die zweite $2^1/_2$ Stunden. Die Placenta folgte nach leichter Expression in weiteren fünf Minuten. Das bemerkenswerthe des Falles ist, dass, obwohl die Parturiens keinerlei Gefühl von der Entwicklung des Kindes hatte, der Verlauf der Geburt doch ein vollständig normaler war. Vom obstetrischen Standpunkt aus ist die Frage des die Geburt veranlassenden Momentes interessant. Die durch Mott angefertigten mikroskopischen Präparate ergaben, dass das Lendenmark, wenn auch an sich intact, vollständig von jeder Communication mit irgend einem Theil des Centralnervensystems oberhalb des sechsten Rückenwirbels abgeschnitten war. Die Einleitung der Geburt musste also entweder auf einer Reflexwirkung vom «Gebärcentrum» in dem Lendenmark oder auf biochemischen Veränderungen innerhalb des Organismus beruhen, vielleicht, wie Mott annimmt, in der Form einer Anhäufung der Kohlensäure im Blute gegen das Ende der Schwangerschaft. Routh schliesst, dass die erste Geburtsperiode rein automatisch, die zweite auf dem Reflexwege durch den Sympathicus ausgelöst wird. Die Annahme einer biochemischen Veranlassung wird weiter durch die Thatsache gestützt, dass, obwohl in dem vorliegenden Falle keine directe Verbindung zwischen Uterus und Mamma bestand, doch die Laktation eingeleitet wurde und in normaler Weise erfolgte.

F. L.

Verschiedenes.

Freie Arztwahl in der Schweiz. Das Schweiz. Corr.-Blatt schreibt in No. 13 vom 1. Juli: «Als erfreuliche Thatsache notiren wir, dass im Schoosse des Nationalrathes — bei der Berathung des sog. Arztartikels des schweizerischen Unfall- und Krankenversicherungsgesetzes — entgegen dem Antrag der vorberathenden Commission, welche neben der freien Arztwahl doch noch Cassenärzte vorgesehen hatte, ein die freie Aerztewahl absolut garantirender Antrag von Dr. Müller und Dr. Vincent angenommen wurde». Die betreffende Fassung des Art. 52 lautet:

«Den Mitgliedern der Kreiskrankencasse oder den Vertretern steht die Wahl des behandelnden Arztes unter den im Gebiete der Krankencasse, zu welcher sie gehören, oder an welche sie verwiesen sind, prakticirenden Aerzten frei. Der Cassenvorstand kann die Zuziehung eines zweiten Arztes auf Antrag des behandelnden Arztes oder des Kranken, oder seiner Familie, oder des Vertreters gestatten, oder von sich aus anordnen und behufs exacter Controle des Kranken die nothwendigen Untersuchungen durch den Arzt, eventuell in Verbindung mit den Krankenbesuchern vornehmen lassen. Die Krankencasse ist jedoch nicht gehalten, mehr als die tarifmässigen Gebühren zu bezahlen oder unnütze Kosten zu übernehmen. Mehrkosten gegenüber dem Tarif fallen zu Lasten des Versicherten. Die Tarife für die Entschädigung ärztlicher Leistungen werden unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse von der zuständigen cantonalen Behörde aufgestellt und unterliegen der Genehmigung seitens des eidgenössischen Versicherungsamtes. Die im Gebiete des Versicherungskreises prakticirenden Aerzte, welche den Tarif annehmen, sind den Mitgliedern bekannt zu geben. Aerzten, welche sich einer Krankencasse gegenüber Missbräuche

zu Schulden kommen lassen, kann die zuständige cantonale Behörde auf Antrag des Vorstandes einer Krankencasse, oder von sich aus nach Feststellung des Missbrauchs und nach Anhörung von Sachverständigen das Recht, Versicherte auf Rechnung der öffentlichen Krankencassen ärztlich zu behandeln, für eine bestimmte Zeit entziehen. Der Recurs gegen einen solchen Beschluss an den Bundesrath ist statthaft. Ein solcher Beschluss wird nach erlangter Rechtskraft bekannt gemacht. Als Aerzte im Sinne dieses Artikels gelten solche, welche den eidgenössischen Befähigungsausweis besitzen.»

Der Antrag der Commission hatte Folgendes über Cassenärzte bestimmt:

«Wenn sich zwei Drittel der Stimmenden (Art. 97) dafür aussprechen, kann die Arbeitergeneralversammlung die Anstellung eigener Cassenärzte beschliessen, an die sich der Kranke zu halten hat, widrigenfalls ihm, nach erfolgter Mahnung, für die Folgezeit die Cassenleistungen ganz oder theilweise entzogen werden können. Dabei soll der Kranke zwischen mindestens zwei Cassenärzten die Auswahl haben. Solche Beschlüsse können jedoch mit Zweidrittelmehrheit wieder aufgehoben werden. Auch wenn die Krankencasse eigene Aerzte bestellt hat, so darf bei zureichenden Gründen für die Berufung eines andern Arztes als eines Cassenarztes die Wahl eines solchen andern Arztes dem Kranken hinsichtlich der Cassenleistungen nicht zum Nachtheil gereichen.»

Dieser Antrag war von Bundesrath Deucher in wohlmeinender Absicht folgendermaassen modificirt worden: (Wahl der Cassenärzte durch die competente Behörde, nicht durch die Generalversammlung).

«Die zuständige cantonale Behörde ist befugt, solchen Krankencassen, bei denen sich in Folge der freien Aerztewahl Missstände einstellen, die Anstellung von Cassenärzten vorzuschreiben, an die sich der Kranke zu halten hat, widrigenfalls ihm, nach erfolgter Mahnung, für die Folgezeit die Cassenleistungen ganz oder theilweise entzogen werden können. Dabei soll der Kranke zwischen mindestens zwei Cassenärzten die Auswahl haben. Auch wenn die Krankencasse eigene Aerzte bestellt hat, so darf bei zureichenden Gründen für die Berufung eines andern Arztes, als eines Cassenarztes, die Wahl eines solchen andern Arztes dem Kranken hinsichtlich der Cassenleistungen, unter Vorbehalt des zweiten Satzes dieses Artikels, nicht zum Nachtheil gereichen.»

Aber auch diesem Antrag gegenüber siegte das übrigens auch vom Bundesrath Deucher als allein richtig anerkannte Princip der freien Aerztewahl!

Therapeutische Notizen.

Bezüglich der Behandlung des chronischen Alkoholismus mit Strychnin machte Combemale-Lille in der Aprilsitzung der französischen Vereinigung gelehrter Gesellschaften (Congress des Sociétés Savantes) die Mittheilung, dass sie sich ihm und einer Anzahl anderer Aerzte sehr gut bewährt habe; täglich seien 14 Tage lang 2—5 mg des Mittels zu injiciren. Das Strychnin verursacht einen Abscheu vor dem Alkohol und kommt den Anfällen zuvor; aber da es nur langsam durch Harn, Speichel und Galle ausgeschieden wird, so müssen die Organe unversehrt sein, um eine rasche und gefährliche Accumulation zu verhindern. Undurchgängigkeit von Leber und Nieren, Degeneration der nervösen Centren oder anderer wichtiger Organe bilden also die sehr bemerkenswerthe Gegenindication für die Strychnintherapie. St.

Das Holocaïnum muriaticum hat sich nach weiteren Versuchen von Loewenstamm (Ther. Mon.-Hefte 5, 1897) als ein Anaestheticum erwiesen, welches, in 1 proc. Lösung in's Auge eingeträufelt, tiefe und bis zu 38 Minuten dauernde Anaesthesie der Cornea und Conjunctiva zu erzeugen vermag, und welches keine wesentlichen Nebenwirkungen ausser einem geringfügigen Brennen hervorruft. Für Operationen dürfte es das zweckmässigste sein, 3 Einträufelungen von je 4 Tropfen in Zeitabständen von 2 Minuten zu machen. Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 6. Juli. Bei dem Näherrücken des Termines für den Moskauer medicinischen Congress macht das Deutsche Reichscomité (Vors.: Rudolf Virchow) wiederholt darauf aufmerksam, dass, den getroffenen Bestimmungen zufolge, Geldsendungen an den Schatzmeister, San.-Rath Dr. Bartels (Berlin W., Carlsbad 12/13) nur bis zum **20. ds. Mts.** angenommen werden können; später eingehende Beiträge würden an den Absender zurückgelangen. Es empfiehlt sich um so mehr für die den Congress besuchenden deutschen Aerzte, ihre Dispositionen baldigst zu treffen, als auch die Besorgung der Reisepässe, sowie der Freikarten in Russland immerhin zeitraubend ist; auch die Wohnungsbestellung in Moskau sollte bald erfolgen. Alle den Congress betreffenden Anfragen sind an den I. Schriftführer des Deutschen Reichscomités, Prof. Dr. Posner (Berlin SW., Anhaltstr. 7) zu richten.

— Am 4. ds. fand in Eisenach unter dem Vorsitze des Medicinalrathes Dr. Aub eine Sitzung des Geschäftsausschusses des deutschen Aerztevereinsbundes statt, in welcher der Termin des diesjährigen deutschen Aerztetages endgiltig auf den 10. und 11. September festgesetzt wurde.

— Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern. Der praktische Theil der diesjährigen Prüfung, zu welchem 46 Candidaten zugelassen wurden, beginnt am Freitag den 9. Juli l. J. und endet am Freitag den 16. Juli l. J. Der mündliche Theil beginnt am Montag den 19. Juli l. J. und endet am Dienstag den 27. Juli l. J.

— Volksheilstätten für Brustkranke. Der Bau der Volksheilstätte für unbemittelte Brustkranke auf der Flur Krailling bei Planegg, die von dem Münchener Volksheilstättenvereine errichtet wird, schreitet rüstig vorwärts. Der Dachstuhl des einen Flügelbaues ist bereits aufgesetzt, bis Ende Juli wird der Rohbau des ganzen Hauptgebäudes fertig gestellt sein, so dass die Hebefeier stattfinden kann. Wenn schon die häufigen Notizen in den Tagesblättern zeigen, wie allenthalben in Deutschland die Errichtung von Volks-Sanatorien in Angriff genommen wird, so beweisen die Besuche von Delegirten auswärtiger Regierungen, dass auch dort die Worte unserer Kliniker (v. Ziemssen, Leyden, Schrötter u. s. w.) fruchtbaren Boden bereitet haben. Vor wenigen Wochen bereiste im Auftrage der bulgarischen Regierung ein Stabsarzt Deutschland und die Schweiz, da in Bulgarien auf Kosten der Regierung für jeden Kreis eine Heilstätte errichtet werden soll und in jüngster Zeit wieder besichtigte Professor Dr. Clas Linroth, Oberstadtarzt in Stockholm, ein Schüler unseres Altmeisters von Pettenkofer, auf einer Studienreise durch Deutschland, England und die Schweiz begriffen, die Planegger Anstalt. Eine zum 25 jährigen Regierungsjubiläum des Königs Oscar von Schweden gesammelte Summe von 2 Millionen Kronen ist vom Könige zur Errichtung von Heilstätten für unbemittelte Brustkranke bestimmt worden. Eine Zuschrift aus Paris besagt uns ferner, dass auch der dortige Stadtrath im Begriffe steht, Geldmittel zum gleichen Zwecke flüssig zu machen. Die Pläne wie der ausgewählte Platz für die Planegger Anstalt fanden nur einstimmige Anerkennung und Bewunderung von Seite sämmtlicher Besucher.

— In der 24. Jahreswoche, vom 13.—19. Juni 1897, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Regensburg mit 53,2, die geringste Sterblichkeit Schöneberg mit 10,6 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Bochum.

— Sehr zur rechten Zeit für die Besucher des XII. internationalen medicinischen Congresses in Moskau kommt eine neue Auflage von Baedeker's Russland. Es wäre überflüssig, über Baedeker's Reisebücher ein empfehlendes Wort zu sagen; man kennt allgemein ihre zweckmässige Anordnung und Zuverlässigkeit; hingewiesen sei nur kurz auf den separat erschienenen «kurzen Leitfaden der russischen Sprache», der es ermöglicht, sich auf bequeme Weise mit den russischen Schriftzeichen und den Anfangsgründen der Sprache bekannt zu machen.

(Universitätsnachrichten.) **Berlin.** Professor Engelmann hat den Ruf als Nachfolger Du Bois Reymond's angenommen. — **Kiel.** Zu Professoren wurden ernannt: Dr. Glaevecke, Privatdocent der Frauenheilkunde und Dr. Paulsen, Privatdocent für Hals- und Nasenleiden. — **Leipzig.** Privatdocent Dr. Kockel, 1. Assistent am pathologischen Institut, wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt.

(Todesfall.) In Göttingen starb am 27. Juni der ordentliche Professor der Arzneimittellehre, Geh. Medicinal-Rath Dr. Wilhelm Marmé.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Josef Fiesel, in Wallenfells, Oswald Weiser, pract. Arzt in Sulzbürg, B.-A. Neumarkt, approb. 1895, D. Palm in München.

Verzogen: Dr. Theodor Burger von Tannesburg, Vohenstrauss nach Eggenhofen. Dr. Friedrich Schmitt von Schlüsselfeld nach Zeiskam (Rheinpfalz).

Ernannt: der kgl. Hofrath und Privatdocent an der Universität Würzburg, Dr. Johannes Andreas Rosenberger, wurde vom 16. Juli l. Js. an zum kgl. Landgerichtsarzte in Würzburg ernannt.

Befördert zum Oberstabsarzt 2. Classe der Stabsarzt der Landwehr 1. Aufgebots Dr. Augustin Gaigl (Rosenheim); zu Stabsärzten die Assistenzärzte 1. Classe Dr. Hahn im Inf.-Leib-Reg., Dr. Zeissner vom 5. Feld-Art.-Reg. im 21. Inf.-Reg., beide als Bataillonsärzte, und Dr. Matt als Abtheilungsarzt im 3. Feld-Art.-Reg., sämmtliche überzählig; der Assistenzarzt 1. Classe der Reserve Dr. Rudolf Schmidt (II. München), zu Assistenzärzte 2. Classe Dr. Buhler bei der Inspection der Militär-Bildungsanstalten, Dr. Strauss im 20. Inf.-Reg. und Caudinus im 1. Ul.-Reg., sämmtliche überzählig, in der Reserve die Assistenzärzte 2. Classe Dr. Adolf Brunner (Weilheim), Hermann Lempp und Georg Schäfer (I. München), Dr. Karl Korth und Hermann Schmeck (Augsburg), Johann Pröll (Ingolstadt), Dr. Karl Goppelt (Gunzenhausen), Dr. Rudolf Dorn (Nürnberg), Dr. Friedrich Lips (Erlangen), Dr. August Schultz und Dr. Julius Sommer (Aschaffenburg), Dr. Adolf Pracht, Dr. Ernst Dommasch, Dr. Otto Rautenberg und Dr. Richard Petersen (Hof); in der Landwehr 1. Aufgebots die Assistenzärzte 2. Classe Dr. Maximilian Picard und Dr. Georg Leicht (I. München), Johann Gah (II. München), Dr. Gottlieb Gnant (Augsburg), Dr. Karl Dauber (Würzburg), Ernst Pühler und Dr. Maximilian Franzen (Hof), Dr. Moriz Schönfeld (Ludwigshafen); in der Landwehr 2. Aufgebots der Assistenzarzt 2. Classe Dr. Karl Thiel (Würzburg). (Fortsetzung auf S. 762.)

Entwurf zu einem Gesetze, die ärztlichen Bezirksvereine im Königreiche Bayern betr., zugleich mit einem Entwurf einer Ehrengerichtsordnung.

Vorgelegt von dem ärztlichen Bezirksverein für Südfranken, gefertigt von Dr. Hans Dörfler in Weissenburg a. S.

Seit im Jahre 1869 die deutschen Aerzte unter das Gesetz der deutschen Gewerbeordnung gestellt worden sind, ist ihr Ruf nach einer gemeinsamen deutschen Aerzteordnung nicht mehr verstummt. Das Bedürfniss einer solchen Aerzteordnung, die ähnlich der Rechtsanwaltsordnung ihre Competenz auf alle Aerzte ausdehnen sollte, ist von der grossen Majorität der deutschen Aerzte im bejahenden Sinne wiederholt entschieden worden, so besonders auf den deutschen Aerztetagen zu Cassel (1880), Nürnberg (1882) und Eisenach (1884) und ist seitdem eine stete Forderung der Aerztetage bis zum heutigen Tage geblieben. Auf dem zehnten deutschen Aerztetag zu Nürnberg 1882 sind die Grundzüge einer deutschen Aerzteordnung festgestellt worden. Diese «Grundzüge» galten seit jener Zeit als das von uns unentwegt zu erstrebende Ziel.

Im Anschluss an den Nürnberger Aerztetag 1882 wurde von dem Geschäftsausschuss des deutschen Aeztevereinsbundes an den Reichstag eine Petition gerichtet, deren Schlusssatz dahin ging: «Hoher Reichstag wolle die Reichsregierung auffordern, die Aufstellung einer deutschen Aerzteordnung mit Einfügung einer staatlich anerkannten Organisation des ärztlichen Standes zu bewirken und diese Aerzteordnung, bevor dieselbe im Reichstag eingebracht wird, der Vertretung der deutschen Aerzte zur vorherigen gutachtlichen Aeusserung vorzulegen.»

Diesem Antrage hat der Reichstag damals zugestimmt; von demselben wurde der Reichskanzler um Vorlage eines diesbezüglichen Gesetzentwurfes ersucht. Ein Schreiben, das daraufhin Fürst Bismarck an die Bundesregierungen in dieser Angelegenheit richtete, hatte jedoch zu einer gesetzgeberischen Vorlage einer Aerzteordnung nicht geführt. Auf eine Immediateingabe des Vorsitzenden des deutschen Aerztevereinsbundes an den Reichskanzler erfolgte am 8. Mai 1889 die Antwort des Reichskanzlers gez. v. Boetticher, deren Kernpunkt darin lag, dass das Bedürfniss nach einer deutschen Aerzteordnung nicht so dringend sei; am Schlusse dieser Antwort heisst es aber: «Soweit die Einrichtungen den berechtigten Interessen des ärztlichen Standes etwa nicht in vollem Umfange entsprechen sollten, wird es zunächst die Aufgabe der Landesgesetzgebung sein, durch weiteren Ausbau der fraglichen Institute Abhilfe zu schaffen».

An diesem Standpunkte der Reichsregierung hat sich bis heute Nichts geändert. Mit der Abschaffung des Curpfuschereiverbotes, mit der Einführung der Reichsversicherungsgesetze und der gleichzeitig immer mehr und mehr zu Tage tretenden Ueberfüllung des ärztlichen Standes trat aber an die Aerzte die Nothwendigkeit der Schaffung einer Aerzteordnung immer dringender heran.

Da vom Reiche vorläufig Nichts zu erreichen war, versuchten die Aerzte den von der Reichsregierung gewiesenen Weg zu betreten und die Landesgesetzgebung für die Schaffung einzelstaatlicher Aerzteordnungen zu gewinnen. Heute nun können wir die erfreuliche Thatsache constatiren, dass ausser den kleineren Staaten Braunschweig (1886) und Hamburg (1891) 2 unserer grössten Bundesstaaten, allen voran Sachsen, sodann Preussen in diesem Sinne energisch vorgegangen sind. In Sachsen ist bereits durch ein Gesetz vom 12. August 1896, betr. die ärztlichen Bezirksvereine, eine sächsische Aerzteordnung fertig geschaffen und bereits fast ein Jahr in Wirksamkeit. In Preussen ist den Aerzten ebenfalls ein Gesetzentwurf, betr. die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Cassen, den Aerztekammern zur Berathung vorgelegt worden und wenigstens als Ganzes von den Aerzten dankbar und freudig begrüsst worden. Es ist zu hoffen, dass im Laufe dieses Jahres auch diese preussische Gesetzvorlage Gesetz werden wird.

So bedauerlich es erscheint, dass Bayerns Aerzte, deren Organisation anderen Bundesstaaten sonst füglich als Muster dienen konnte, sich von den Standesgenossen ihrer Nachbarstaaten in dieser Hinsicht haben überflügeln lassen, so dringlich erscheint aber auch jetzt für Bayern die Nothwendigkeit der Schaffung einer eigenen bayerischen Aerzteordnung.

Dieses Bedürfniss ist auch von Seiten aller Aerztekammern anerkannt worden und in diesbezüglichen Beschlüssen zum Ausdruck gebracht worden. Bereits im Jahre 1895 hat die unterfränkische Aerztekammer an das Staatsministerium den Antrag auf Gewährung einer bayerischen Aerzteordnung gestellt. Daraufhin war unter Ziff. 10 der Ministerialentscheidung vom 10. Juli 1896 den Kammern nahegelegt worden, über diesen Antrag zu berathen; ein Verhalten des Staatsministeriums, das wohl als günstiges Zeichen für eine der Sache freundliche Gesinnung des Ministers angesehen werden konnte. Als nun am 29. October 1896 die mittelfränkische Aerztekammer zur Berathung zusammengetreten war, wurde von derselben der Beschluss gefasst: «die hohe Staatsregierung zu ersuchen, dieselbe wolle entweder — wie das bereits im Königreich Sachsen durchgeführt ist — landesgesetzlich den Beitritt zu den ärztlichen Bezirksvereinen obligatorisch machen oder sonst auf gesetzlichem Wege Vorkehrung treffen (vielleicht auf dem Wege einer bayerischen Aerzteordnung), dass sämmtliche bayerische Aerzte den Bestimmungen einer gemeinsamen Standesordnung unterworfen seien und hiebei die Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung in Anspruch nehmen». Zugleich ertheilte die Kammer dem Vorsitzenden den Auftrag, im Benehmen mit den Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der übrigen bayerischen Aerztekammern den Entwurf einer gemeinsamen Standesordnung unter Benützung des auf Grund der vorjährigen Beschlüsse erwachsenen Materials bis zum nächsten Zusammentritt der Aerztekammer fertig zu stellen. Sämmtliche Aerztekammern haben den gleichlautenden Beschluss gefasst und ihn der Staatsregierung unterbreitet.

Die Lage der Dinge in den bayerischen Aerztekammern ist also zur Zeit die, dass die königl. Staatsregierung für die letzte Aerztekammersitzung «die Berathung einer Aerzteordnung» erwartet hatte (siehe Abs. 10 des Ministerialentscheides vom 18. VII. 1896), dass somit dieselbe den Entwurf einer solchen, von den Aerzten selbst gefertigt und berathen, in Empfang zu nehmen bereit war, dass jedoch die Aerztekammern aus Mangel an Initiative in gewiss nicht richtiger Wahrung ihrer Interessen die Vorlage eines derartigen Entwurfes der Staatsregierung überlassen zu müssen glaubten und sich mit der Aufstellung einer gemeinsamen Standesordnung begnügten.

Wir Aerzte des ärztlichen Bezirksvereins für Südfranken sind nun, wie aus dem mir von Ihnen gegebenen Mandat hervorgeht, der Ansicht, dass die bayerischen Aerzte nach der entgegenkommenden Aeusserung der Staatsregierung nicht, wie es den Beschlüssen der Aerztekammern entsprechen würde, die Herstellung eines Entwurfes eines Gesetzes, welches die Organisation der ärztlichen Vereine hinsichtlich des Zwangseintrittes, der für alle Aerzte geltenden Ehrengerichtsordnung, des Umlagerechts regelt, der Initiative der Staatsregierung überlassen sollten, sondern dass wir mit Freuden die dargebotene Rechte ergreifen sollten und selbst einen Entwurf, wie er unserer Körperschaft am besten entspricht, auszuarbeiten und der königl. Staatsregierung vorlegen sollen.

Die Gründe hiefür sind so naheliegend, dass Sie ihnen gewiss Ihre Zustimmung nicht versagen können:

Für's Erste ist die ganze bisherige Organisation der Aerzte Bayerns aus der Initiative der Aerzte selbst hervorgegangen, alle Verordnungen betr. Aerztekammern und ärztliche Bezirksvereine sind erst nach diesbezüglichen Vorarbeiten und Anträgen der ärztlichen Vereine und Aerztekammern von Seiten des Staatsministeriums verfügt worden. Es würde also das Ueberlassen der Herstellung eines Entwurfs der Aerzteordnung an die Staatsregierung für beide Theile — Regierung sowohl als Aerzte — ein Abgehen von dem bisherigen System bedeuten, das meines Erachtens unseren Bestrebungen nicht voll und ganz entsprechen würde. Es besteht ja kein Zweifel, dass ein Entwurf aus unserer Mitte heraus, mitten aus dem ärztlichen Praxisleben von praktischen Aerzten gefertigt, vielmehr den Kernpunkt der Sache d. h. die Schattenseite unseres Standes — und um diese handelt es sich hiebei vorzüglich — treffen muss, mit einem Worte, dass ein solcher von uns gefertigter Entwurf viel eher das berücksichtigen wird, was wir an unserem Körper täglich gefühlt haben. Die wohlwollende Fürsorge der kgl. Staatsregierung ganz in Ehren, wird doch Jeder von Ihnen mir zugeben müssen dass wir am besten wissen müssen, wo uns der Schuh drückt. Warum also die Initative der Staatsregierung überlassen, ja aufbürden? Wozu sind unsere Vereine da? dann wozu haben wir das beste Vorbild in den Händen in der Gesetz gewordenen sächsischen Aerzteordnung? Es war gewiss kein leichtes Stück Arbeit für die Collegen Sachsens, den Entwurf, der ihre Standesangelegenheiten jetzt dauernd zur allgemeinen Befriedigung geordnet hat, herzustellen. Nachdem derselbe jedoch uns jetzt als Gesetz vorliegt, nachdem wir dessen Vorzüge vor dem preussischen Entwurf erkannt, seine Brauchbarkeit für die ärztlichen Verhältnisse in unserem engeren Vaterlande klarlegt, warum wollen wir zögern, darnach zu streben, dasselbe zu erreichen, was in Sachsen möglich war; warum wollen wir uns nicht dieses glänzende Vorbild Sachsens zu Nutze machen und aufbauend auf dem sächsischen Gesetze den heimathlichen Verhältnissen angepasst uns einen eigenen Entwurf ähnlicher Art selbst fertigen?

Ich bin der Ansicht, dass die kgl. Staatsregierung mit Freuden diese Arbeit uns überlassen wird. Und selbst für den Fall, dass die kgl. Staatsregierung nach Bearbeitung dieser Materie zu etwas abweichenden Anträgen kommen würde, wird jeder Zeit ein aus

unserer Mitte im Voraus entstandener Entwurf für die kgl. Staatsregierung schätzbares Material, d. h. die Grundlage bieten für ihr Handeln. Wenn wir abwarten wollen, was uns die kgl. Staatsregierung hinsichtlich des Zwangsbeitritts und der Ehrengerichtsordnung in Vorlage bringen wird, so steht zu befürchten, dass ein Regierungsentwurf vielleicht den preussischen Entwurf als Vorbild nehmen würde; wir würden, meine Herren, aber dabei entschieden etwas ganz Anderes zu Gesicht bekommen, als was wir gerade haben wollen.

Obwohl nun über die Nothwendigkeit der Schaffung einer bayerischen Aerzteordnung, welche den obligatorischen Beitritt aller Aerzte zu den Bezirksvereinen, eine für alle Aerzte giltige Ehrengerichtsordnung, die Verleihung des Umlagerechts an die Bezirksvereine zu umfassen hat, nach dem einmüthigen Votum sämmtlicher Aerztekammern kein Zweifel mehr bestehen kann, halte ich es doch für geboten, an dieser Stelle nochmals klarzulegen, wie sowohl das Interesse des Staates, als auch das Interesse der Aerzte die Schaffung einer solchen bayerischen Aerzteordnung dringend erfordert.

Zunächst besteht darüber kein Zweifel, dass das **Interesse des Staates** jedem Stande insbesondere zugewandt sein muss. Das Blühen der Stände ist gleichbedeutend mit dem Blühen des Staates. Wenn ein Glied des Körpers, hier des Staates, erkrankt ist, muss nothwendigerweise der ganze Körper in Mitleidenschaft gezogen werden. Der Staat, der die Interessen seiner Stände nicht wahrt, wahrt sein eigenes am schlechtesten. In ganz besonderem Maasse gelten diese allgemeingültigen Gesetze von dem Verhältnisse des Staates zu dem ärztlichen Stand. Der ärztliche Stand ist einer der wichtigsten Factoren in einem geordneten gesunden Staatsleben. Dass der bayerische Staat stets von dieser Ueberzeugung durchdrungen gewesen ist, dafür sind beredte Zeugen die mächtige Förderung aller der Gesundheit und Krankenpflege gewidmeten Einrichtungen, der stets wohlwollende Sinn der Staatsregierung gegenüber den Bestrebungen unseres Standes.

Wenn somit kein Zweifel darüber aufkommen kann, dass die Interessen des Staates mit den Lebensbedingungen, dem Wohl und Wehe des ärztlichen Standes auf's Engste verbunden sind, so fragt er sich doch: hat denn aber auch der Staat ein Interesse an den von uns angestrebten Einrichtungen, z. B. an einer für alle Aerzte geltenden Ehrengerichtsordnung?

Die Beantwortung dieser Frage geschieht wohl am besten unter Hinweis auf die Factoren, welche die vitalen Interessen des ärztlichen Standes in den letzten Jahrzehnten am schwersten betroffen haben, auf die durch die Gesetzgebung der letzten Jahrzehnte entstandene Aenderung der Lage des ärztlichen Standes.

Da ist es vor Allem die Reichsgewerbeordnung, deren Bestimmungen auf die Freigabe der berufsmässigen Ausübung der Heilkunst hinauskommen. Welch eine Menge Unheil ist aus diesem Gesetze für das Volkswohl entstanden! Mit dem Augenblicke, in welchem es Jedem erlaubt war, Krankheiten zu curiren, war das Publicum der Thätigkeit gewissenloser Ausbeuter überlassen worden. Wie die Pilze wuchsen die nicht approbirten Heilkünstler aus dem Boden und erprobten ihr nur auf Gewinn abzielendes betrügerisches Gewerbe an dem erkorenen Opfer. Die sogenannten Naturheilkundigen, die mystischen Heilkünstler, die Schäfer und sonstige Grössen, die aus dem Urin, den Haaren, der Physiognomie Krankheiten erkennen und heilen wollen, — sie Alle waren gesetzlich nicht mehr angreifbar geworden; das urtheilslose Publicum aber, das in seinem Vertrauen zu solchen Erzbetrügern durch die Ueberzeugung befestigt wurde, dass ja der Staat diese Art des Curirens erlaubt, also sanctionirt, sicherlich aber nicht verboten habe (wie es sich wohl bei Betrug und voraussichtlicher Schädigung von selbst verstünde), musste seine Schutzlosigkeit theuer an Geld und noch häufiger an der Gesundheit büssen. «Neuerdings hat nun dieses Treiben der ungeprüften angeblichen Heilkünstler angefangen, einen gemeingefährlichen Charakter anzunehmen, besonders seitdem ein Theil der hierher gehörigen Elemente mit der schamlosesten Reclame das Publicum heranzuziehen sucht. Es besteht kein Zweifel und ist durch zahlreiche Gerichtsverhandlungen erwiesen, dass von solchen gewissenlosen Heilpfuschern schon manches Menschenleben hingeopfert worden ist.»

Und nicht genug, dass schon hiedurch der Staat eine ungeheure Verantwortung auf sich geladen hat, hat dieses schamlose Beispiel reichwerdender Heilschwindler leider auch minderwerthige ärztliche Elemente, approbirte Aerzte, verlockt, ein gleiches einträgliches, gemeingefährliches Treiben zu beginnen. Welch ungeheure Gefahr für das Volkswohl darin liegt, dass staatlich approbirte Aerzte, frei von jeder Gefahr der Bestrafung, nach aussen hin glänzend mit Titel und Würde eines Dr. med. und staatlich approbirten Arztes, mit Methoden, die jeder Wissenschaft Hohn sprechen und durch Mangel an Wirksamkeit und Verabsäumen zweckdienlicher Behandlung gefährlich sind, dem Säckel und Körper der Staatsbürger zu Leibe gehen, ist einleuchtend genug. Auch hier sehen wir täglich die Benützung der ungenirtesten Reclame als Mittel zum Zweck benützt. «Noch bedenklicher muss es erscheinen, dass in nicht seltenen Fällen approbirte Aerzte in Compagniegemeinschaft mit einer derartigen Ausbeutung der Leichtgläubigkeit des Publicums durch nichtapprobirte Heilbeflissene getreten sind.»

Dass diese Verhältnisse das Staatsinteresse ganz besonders berühren, dürfte doch ausser allem Zweifel sein. Der Staatsbürger, der von Jugend an gewohnt ist, den Staatsgesetzen sich unterzuordnen und sein ganzes Leben hindurch allenthalben Bethätigungen gesetzlicher Staatseinrichtungen vor Augen hat, muss unwillkürlich des Glaubens leben, dass wie für alle Verhältnisse, so besonders für Fragen der Gesundheitslehre und der Krankheitsbehandlung in den vom Staate aufgestellten Gesetzen eine Garantie gegen gemeingefährliche öffentliche Curirmethoden gegeben sei. Er muss unwillkürlich glauben, dass, wenn ein Mittel von einem staatlich approbirten Arzte öffentlich als sicher Gesundheit bringend angezeigt wird, eine solche Ankündigung auf Wahrheit beruhen muss, da doch wohl im anderen Falle den approbirten Aerzten ein solches betrügerisches Gebahren von Staatswegen verboten werden würde. Doch wie verhält es sich in der Wirklichkeit? Gerade das Umgekehrte ist der Fall. Der Staat hat keinerlei Mittel, eine solch betrügerische Ausbeutung des Publicums durch derartige minderwerthige Elemente des ärztlichen Standes zu verhindern. Im Gegentheil liegt gerade oft in dem Glorienschein der staatlichen Approbation das Geheimniss des Erfolges begründet. Und sollte da der Staat nicht die Pflicht haben, energisch einzugreifen? Gegen die gewerbsmässigen Curpfuscher, die nicht Aerzte sind, ist ja freilich, so lange das Curpfuschereiverbot nicht wieder in Wirksamkeit getreten, Nichts zu machen. Aber gegen die schamlose Ausbeutung des guten Glaubens der Staatsbürger durch approbirte Aerzte könnte recht wohl mit Erfolg vorgegangen werden, soferne sämmtliche approbirte Aerzte durch eine gemeinsame Ehrengerichtsordnung, die als Strafmittel auch hohe Geldstrafen enthält — und solche Geldstrafen sind ja für solch gewinnsüchtige Gemüther die einzig wirksamen Zuchtmittel —, unter Gesetz gestellt würden. Das Interesse des Staates an den erwähnten Missständen ist meines Erachtens gross genug, um seine Pflicht zur Herbeiführung besserer Zustände zu begründen.

Ein noch viel grösseres Interesse muss der Staat an unseren Bestrebungen aber auch haben im Hinblick auf ein zweites Gesetz, das Reichskrankenversicherungsgesetz, dessen praktische Bethätigung zu mancherlei Missständen geführt hat. Zur Ausführung der in diesem Gesetze festgelegten Bestimmungen ist der Staat absolut auf die Mitwirkung der Aerzte angewiesen. Bei den fast 8 Millionen Cassenmitgliedern, die das Deutsche Reich aufweist, ist selbstverständlich die Inanspruchnahme der Aerzte eine ganz bedeutende. Es besteht nun darüber kein Zweifel, dass die durch das Gesetz fixirte Stellung der Aerzte den Krankencassen die Möglichkeit in die Hand gegeben hat, den ärztlichen Erwerb ausserordentlich herunterzudrücken. 18 Pfennige, 27 Pfennige für einen Besuch bei Cassenmitgliedern berechnen sich nicht selten aus dem ungenügenden Fixum eines solchen Cassenarztes. Trotzdem finden sich Aerzte genug, die auch um solch einen Lohn ihre Dienste verrichten. Die Krankencassen haben sich diese Erfahrung zu Nutze gemacht. Wo ein Cassenarzt nicht mit den von der Casse aufgestellten Honorarsätzen zufrieden ist, wird sofort ein anderer beschafft. Unterbietungen von Seiten der Aerzte gehören nicht zu den Seltenheiten. Und ist nun ein Arzt glücklich Cassenarzt für eine vielleicht zu grosse Anzahl von Cassenmitgliedern geworden, was ist die Folge? Der geringe Honorarsatz für die Einzelleistung muss, soferne die Existenz nicht zu Grunde gehen soll, durch «Massenarbeit» ausgeglichen werden. Was hat aber der Staat daran für ein Interesse? Meines Ermessens das allergrösste. Wo Massenarbeit getrieben wird, ist eine gedeihliche Behandlung von Krankheiten unmöglich. Aus dieser Massenarbeit muss mindestens eine Verzögerung des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit, wenn nicht eine Schädigung der Gesundheit der Cassenmitglieder durch Vernachlässigung entstehen. Es besteht die grosse Gefahr, dass der Arbeiter bald zur Einsicht dieser schlechten Behandlung kommt, in richtiger Beurtheilung der gegebenen Verhältnisse die Schuld an seiner Vernachlässigung nicht im Arzte, sondern im Staate, der solche Gesetzausübung zulässt, sucht und gegen diesen seine Unzufriedenheit zum Ausdrucke bringt.

Eine andere für das Staatswohl nicht gleichgiltige Erfahrung hat ausserdem dieses Gesetz gezeitigt. «Nach dem Krankencassengesetz besitzen die Arbeitnehmer die entscheidende Majorität in den Krankencassenvorständen; die Aerzte sind darin nicht vertreten und die Arbeitgeber werden es bereits müde, gegenüber der Majorität der oft socialdemokratischen Arbeitnehmer einen mässigenden Einfluss auszuüben. So ist es in Sachsen nur eine Frage der Zeit, und zwar kurzer Zeit, dass sämmtliche Krankencassen in den Händen der socialdemokratischen Partei sein werden. Dann sind die Aerzte einfach die Lohnarbeiter der socialdemokratischen Arbeitnehmer. Die Consequenz ist das Erstehen «ärztlicher Geschäftssocialisten». Ob das wünschenswerth ist, dass in dieser Weise ein Theil des Nachwuchses eines bisher immer loyal gewesenen Standes den destructiven Mächten anheim fällt, brauche ich nicht weiter zu besprechen. (Birch Hirschfeld in der I. Kammer des sächsischen Landtages.) Solchen gefügigen Cassenärzten fehlt aber gänzlich das Gefühl der Solidarität mit ihren Berufsgenossen. Dass durch eine bayerische Aerzteordnung der Zusammenhalt der anständigen Aerzte gefestigt und das Gefühl für die Standesehre auch für die Zukunft erhalten und verhindert wird, dass ein erheblicher Theil der jüngeren Generation des ärztlichen Standes gesellschaftsfeindlichem Parteitreiben anheimfällt, das hoffen wir bestimmt, und meines Erachtens hat der Staat auch hieran das allergrösste Interesse.»

Abgesehen von diesen aus der Gesetzgebung resultirenden Staatsinteressen muss der bayerische Staat aber auch besonders die Tendenzen, die wir in unserem Entwurfe verfolgen, mit Freuden begrüssen. Der Hauptzweck unseres neuen Entwurfes concentrirt sich auf Hebung des Pflichtgefühles und der Standesehre der Aerzte. Wir wollen mit unserem Entwurfe durch Verpflichtung aller Aerzte auf eine den höchsten moralischen Grundgesetzen entsprechende Standesordnung den inneren Werth unseres Standes, der immer mehr und mehr im Abnehmen begriffen ist, wieder heben und allen Aerzten ohne Ausnahme die Pflege der Würde, die unserem Berufe anhaftet, zur Pflicht machen. Daraus kann nur Gutes für das Volkswohl erstehen. Je pflichteifriger und pflichtbewusster ein Arzt, um so besser aufgehoben in seiner Obhut sind die Kranken, die sich ihm anvertrauen. Je strenger ein Arzt in seinen Ansprüchen an sich ist, um so grösser wird der Segen für die Patienten sein. Nach unseren bisher bestehenden Verordnungen, die Aerzte betreffend, war aber ein nachhaltiger ernsterer Einfluss nur auf die an und für sich besseren Elemente des ärztlichen Standes möglich; gerade Diejenigen, für welche bisher Alles geschaffen war, konnten hinsichtlich der moralischen Erziehung und des etwa nothwendigen Strafeinschreitens von den Bezirksvereinen nicht beeinflusst werden. Daran krankte bis zur Stunde unser ganzes Vereinswesen. Wer nicht eintreten wollte, konnte draussen bleiben und, obwohl er den stolzen Titel eines Arztes führen konnte, Schlechtes thun und treiben, was er wollte. Soferne dies das Ansehen und die Würde des ärztlichen Berufes angeht, soll ein solches Verhalten in Zukunft von der Oeffentlichkeit wenigstens verhindert werden. Und dazu sollte uns, meine ich, der Staat freudig die Hand bieten. Die Gesundung des ärztlichen Standes bedeutet eine Kräftigung und Stärkung des ganzen Staatsorganismus.

Welches Interesse haben nun wir Aerzte selbst an der Schaffung einer Aerzteordnung, warum streben wir eine solche an und wie können wir unser Ziel am besten in Anlehnung an die bestehenden Verordnungen in Bayern erreichen?

M. H.! Sie Alle sind mit mir einig, dass noch keine Angelegenheit von ähnlicher Tragweite und Wichtigkeit uns in unserem Vereine beschäftigt hat. Was alle Vereinsmitglieder, denen das Wohl unseres Standes wahrhaft am Herzen lag, seit Jahrzehnten ersehnt, das soll durch unsere Vorlage endlich der Verwirklichung näher gebracht werden. Die Wichtigkeit der Sache für uns beleuchte ich Ihnen am besten, wenn ich gleich in medias res eintrete.

Wer mehrere Jahre mit Interesse dem Vereinsleben sich gewidmet hat, der ist mit mir gewiss immer wieder zu derselben Empfindung und Ueberzeugung gekommen, wie ungemein lähmend auf ein gedeihliches Wirken der Vereine immer der Umstand gewirkt hat, dass erstens die Vereine gegen die eigenen Mitglieder mit so bescheidenen Machtmitteln ausgestattet waren, dass ein wirkungsvolles Einschreiten gegen solche, die die Standesehre verletzt hatten, geradezu unmöglich war. Zwar hatten wir durch die allerhöchste Verordnung vom 9. Juli 1895 das Recht bekommen, «den Eintritt in den Verein oder ein Verbleiben in demselben denjenigen zu versagen, welche sich des ärztlichen Standes unwürdig gezeigt haben, und ein gedeihliches Zusammenwirken im Verein nicht erwarten lassen». Wir sind ja durch diese Befugniss gewiss ein klein wenig vorwärts gekommen, wenigstens in der Theorie. Aber wie gestalteten sich die Verhältnisse in praxi? Die ehrenwerthen Elemente waren durch die Erweiterung unserer Befugnisse nicht gemeint und betroffen. Die minderwerthigen waren jetzt ebenso frei wie bisher. Was nützte uns die neue Machtbefugniss gegen solche, die sich entweder der Vereinsstrafe kurz vorher durch Austritt entzogen, oder gegen solche, die sich aus dem Ausschluss aus dem Verein gar nichts machten. Diese Herren trieben, nachdem sie von den beengenden Fesseln des Vereines befreit waren, ihr unseren Stand entwürdigendes Unwesen fern vom Gerichte nur noch bunter und lachten über das ohnmächtige Gebahren des seine Ideale hochhaltenden Vereines.

Sodann — was war gegen Diejenigen auszurichten, die es von Anfang an vorzogen, im Trüben zu fischen, überhaupt keinem Vereine beitraten und sich nicht der Eventualität der Strafverfolgung durch einen Verein aussetzen wollten? Nichts, absolut nichts. Gegen beide Kategorien von Aerzten waren die Vereine ganz machtlos.

Aber, könnte man fragen, erwuchs dem Aerztestand hieraus irgend welcher Schaden?

Nun, meine Herren, das Dreigestirn: Curirfreiheit, Krankencassengesetz und Ueberfüllung des ärztlichen Standes bieten Gelegenheit genug, die riesigen Nachtheile, die hieraus erwuchsen, alltäglich zu beobachten.

Mit der Einreihung der Aerzte in die Gewerbeordnung war die Heilkunde ein vogelfreies Gewerbe geworden. Wer jetzt curiren wollte, durfte curiren. Kein Wunder, dass sich allenthalben Existenzen der fragwürdigsten Art dieses scheinbar so einträglichen Geschäftes versicherten. Die weitere Folge dieser von Reichswegen geradezu sanctionirten Curirfreiheit war, dass sich besonders glänzende Pfuscher einer besonderen Ausdehnung ihrer «Praxis» zu erfreuen hatten und dass solche die ihnen in den Augen Verständigerer fehlende Qualification zum Curiren dadurch auszugleichen suchten, dass sie sich approbirte Aerzte zu gewinnen wussten, die sich nicht scheuten, solchen Heilkünstlern den Deckmantel der Wissenschaftlichkeit zu verleihen. In neuerer Zeit konnte man täglich lesen und hören, wie auf Kneipp's System eingeschworene Aerzte sowohl von dem berühmten Prälaten selbst, als von Unternehmern ähnlicher Gattung gesucht, gefunden und angestellt werden. Die hierin liegende schmachvolle Beleidigung und Herabwürdigung unseres Standes liegt jedem anständigen Arzte klar vor Augen. Hier Arzt und Pfuscher Hand in Hand in gleicher Weise nach Geld begierig, dort eine Anzahl von sogenannten Naturheilanstalten, natürlich nur gegründet auf dem Boden des modernen Hauptheilschwindels mit ihren zahlreichen approbirten Aerzten — wahrhaftig ein stimmungsvolles Bild modernen Culturlebens am Ende unseres Jahrhunderts.

Auch eine andere unheilvolle Wirkung der Curirfreiheit sei hier kurz berührt, wenn sie sich auch nicht auf approbirte Aerzte und auf den Zweck unserer Vorlage direct bezieht. Wer kann es heute verhindern, dass z. B. ein Medicinstudirender, der sich nothdürftig einige Kenntnisse in den Kliniken erworben hat, vielleicht durch Erwerbung des Doctortitels den Schein des approbirten Arztes sich errungen hat, sich kurz vor dem Examen von der Universität empfiehlt und nun mit seiner Heilwissenschaft die staunende Welt beglückt? Gerade solche Existenzen sind die edelsten und gleichzeitig die gefährlichsten Früchte der Curirfreiheit; das Publicum unterscheidet nicht so genau nach Approbationszeugniss oder Doctordiplom. Wer den Doctortitel zu führen berechtigt ist, muss ja vom Staate füglich als mit so viel Kenntnissen ausgestattet befunden worden sein, dass er ohne Gefahr des Lebens auf das Publicum losgelassen werden konnte. Also vertrauen sie sich ihm ruhig an. Es ist klar, dass solche Zustände ausser der Schädigung des Publicums an Vermögen und Gesundheit vor Allem unseren Stand auf das Empfindlichste zu schädigen im Stande sind.

Wenn wir nun auch nach Durchführung einer allgemeinen Aerzteordnung gegen die letztgenannte Kategorie gefährlichster Pfuscher nicht direct vorzugehen vermögen, so ist doch nach Einführung einer festen Organisation mit viel besserer Aussicht auf Erfolg die Hoffnung begründet, dass wir aus der Gewerbeordnung herauskommen und damit der Curirfreiheit ein gesetzliches Ende gemacht wird.

Dass wir aber gegen approbirte Aerzte, die sich in der angegebenen Weise gegen Standesehre und Wissenschaft verfehlen, nach Erlangung einer Aerzteordnung mit ganz anderen und viel wirksameren Mitteln als bisher vorgehen können, liegt auf der Hand.

Inwieweit das Krankencassengesetz die Interessen unseres Standes auf's Tiefste berührt, habe ich schon bei der Besprechung des Staatsinteresses für unsere Vorlage zum Theil angeführt. Welches Interesse dieses Gesetz für uns Aerzte hinsichtlich der neuzuschaffenden Aerzteordnung hat, sei nochmals kurz recapitulirt.

Mit der Einführung des Reichskrankenversicherungsgesetzes war mit einem Male ein Zustand geschaffen, wie er von einschneidenderer Bedeutung für den ärztlichen Stand nicht gedacht werden konnte. Mit einem Male war fast der achte Theil der Einwohnerschaft Deutschlands einem Gesetze unterworfen worden, das die Bestellung bestimmter Aerzte für die Versicherten zuliess. Wenn es auch keinem Zweifel unterliegt, dass durch dieses Gesetz den Aerzten in mancherlei Hinsicht einiger materieller Nutzen erwachsen ist, so ist es doch noch viel zweifelloser, dass die Nachtheile dieses Gesetzes die Vortheile für unseren Stand bei Weitem überwiegen. Mit der Schaffung von Cassenarztstellen war vor Allem unserem Nachwuchse, den jüngeren Aerzten, die sich eine Praxis gründen wollten, gerade die Clientel entzogen, die erfahrungsgemäss dem angehenden Praktiker die ersten Lorbeeren zu erwerben bisher Gelegenheit geboten hatte. Wer sich also da niederliess, wo schon ein oder mehrere Aerzte waren, fand die Welt bereits weggegeben. Wie sollte er nun zu Praxis, zur praktischen Anwendung des Erlernten und dadurch zur Förderung seines Könnens kommen?

Es liegt und lag in der menschlichen Natur einerseits, in der leidigen Frage des täglichen Brodes andererseits begründet, dass aus diesem Zustande die unseligsten Früchte für unseren Stand erstehen mussten. Die mächtigen Cassenverwaltungen hatten bald erkannt, dass, verursacht durch die Ueberfüllung des ärztlichen Berufes, der Andrang junger Aerzte zu Cassenarztstellen ein ganz enormer war; was lag für sie näher als die Erwägung, dass mit dem Wachsen des Angebotes ärztlicher Kräfte auch der Preis für diese herabgeschraubt werden konnte. Und alsbald wurde von den Cassenverwaltungen von diesen Daumenschrauben der energischste Gebrauch gemacht. Erschien einem Cassenvorstand die ärztliche Honorirung, und hielt sie sich auch weit unter der Armentaxe, zu hoch, so wurde sofort der Cassenarzt veranlasst, sein Honorar herabzusetzen oder sich mit einem kärglichen Fixum oder Pauschale zu begnügen. Häufig sanken hiebei die Honorare für ärztliche Dienstleistung weit unter Dienstmannstarife herab. Hatte nun ein Arzt soviel Ehrgefühl, eine seiner Leistung nicht entsprechende Honorirung abzulehnen, so wurde der Cassenarzt sofort suspendirt und die Cassenarztstelle ausgeschrieben. Sofort meldeten und melden sich noch heute Hunderte von Aerzten, die sich eine Existenz gründen wollen und müssen. Dass es hiebei zu den erbärmlichsten Unterbietungen, zu den empörendsten Beleidigungen der bisherigen Cassenärzte, zu einem unseres Standes ganz unwürdigen Concurrenzkampf kommen musste, war bei den bestehenden Gesetzen leider zu natürlich.

Fehlte aber hie und da dieses Moment der unlauteren Concurrenz bei einzelnen Cassen ganz, so lag doch schon in der accord-

mässigen Verpflichtung des Cassenarztes zur Behandlung von so und soviel Cassenmitgliedern eine nicht zu gering zu taxirende Schädigung der Würde unseres Standes.

Kurz — es kann wohl in der Geschichte unseres ärztlichen Standes kein Moment angegeben werden, das wie das Krankencassengesetz geeignet war, der Würde unseres Standes eine ähnliche schwere Schädigung zuzufügen. Wer Cassenarzt ist, weiss, wie recht ich habe, der weiss aber auch recht wohl, wie manche Schädigung hätte hintangehalten werden können, wenn wir eine straffere Organisation unseres Standes besessen hätten.

Was konnte denn bisher gegen diese Schädigungen von uns geschehen? Einfach Nichts. Diejenigen Aerzte, die sich der schmachvollsten Unterbietung schuldig gemacht haben, konnten nicht disciplinirt werden, da sie sich einfach der Vereinsjurisdiction entweder durch Austritt oder Unterlassen des Beitrittes entzogen; und wenn sich solche Aerzte in einem Vereine befanden, so waren die dem Vereine zu Gebote stehenden Hilfsmittel so unwirksam, dass sie auf schlechte Elemente gar keinen Eindruck machten.

Auch die Vereine konnten als solche in keiner Weise sich ihrer Mitglieder den Cassen gegenüber mit Aussicht auf Erfolg annehmen, da in solchen Fällen die Casse sofort mit anderen nicht dem Verein angehörenden Aerzten sich in Verbindung setzen konnte. Darum hatte das Krankengesetz, wenn es uns auch so viel des Schadens gebracht hat, doch die wohlthätige Wirkung, dass es uns die Augen öffnete über unsere Ohnmacht in unseren Vereinen und uns zu energischem Vorgehen zur Erweiterung unserer Befugnisse anspornte. Es ist gewiss mit eine Frucht dieses Gesetzes, dass sich die ganze deutsche Aerzteschaft mit erdrückender Majorität immer wieder für die Erweiterung unserer Disciplinarbefugnisse ausgesprochen hat.

Die Gefahren der Ueberfüllung unseres Berufes liegen auf denselben Gebieten. Wie die Cassen diesen Umstand auszunützen wissen, habe ich Ihnen auseinandergesetzt. Dieselbe riesenhafte Concurrenz mit ihren Schädigungen sehen wir wie in die Cassenpraxis, so in die tägliche Praxis hineingetragen. Mit der Ansiedlung mehrerer Aerzte an einem Orte, mit der Ueberfluthung grosser Städte mit Aerzten konnte es nicht ausbleiben, dass die Gelegenheit zu Streitigkeiten zwischen Aerzten immer grösser und häufiger wurde. Auch hier sehen wir die Vereine, auf welche die besseren Elemente hoffend ihre Blicke richteten, machtlos. Den Fernbleibenden konnte nicht der wohlthätige veredelnde Einfluss des Vereinslebens zugänglich gemacht werden.

«Die Erziehung der jungen Aerzte, des ärztlichen Nachwuchses, wie so mancher älteren Collegen, die ihrer noch bedurften, zu dem Begriffe der Standesehre, der in der Gegenwart leider immer mehr zu erblassen beginnt, die Erziehung zur Vermeidung dessen, was mit den Bestimmungen der Standesordnung in Conflict bringen und die Einleitung eines ehrengerichtlichen Verfahrens veranlassen könnte, die Angewöhnung oder Wiederangewöhnung von collegialem Fühlen, Denken und Handeln, musste den Fernbleibenden verloren gehen — das Proletariat des ärztlichen Standes musste entstehen und der Würde unseres Standes für alle Zeit den Todesstoss geben. Nur innerhalb der Vereine und durch die Vereine, denen alle Aerzte angehören, kann dem gänzlichen Ruin unserer Standeswürde in diesem Sinne Einhalt geboten werden.»

M. H.! Nach diesen Auseinandersetzungen besteht für uns Alle kein Zweifel, dass dringend Abhilfe noth thut. Wie sollen und wollen wir dieselbe aber erreichen?

Der deutsche Aerztetag hat uns den Weg gezeigt, auf dem wir in unseren Bestrebungen wandeln müssen. Eine bayerische Aerzteordnung mit Competenz über sämmtliche Aerzte, mit einer gemeinsamen Standesordnung und gemeinsamen Ehrengerichtsordnung, mit dem Rechte des Umlageerhebens von allen Aerzten, ist der Weg, auf dem wir zum Ziele gelangen müssen. So lange nicht sämmtliche Aerzte einer gesetzlich garantirten Standes- und Ehrengerichtsordnung unterstellt sind, ist jede Abhilfe der aufgezählten schreienden Missstände illusorisch; so lange nicht eine Ehrengerichtsordnung scharfe Strafen, wie höhere Geldstrafen enthält und für deren Vollzug auf gesetzlichem Wege Sorge trägt, ist jeder Versuch auf diesem Gebiet eitel Possenspiel; so lange wir nicht mit den Vereinen Wohlthätigkeitscassen für alle Aerzte verbinden und deren Interesse auch materiell an die Vereine fesseln, ist jeder Versuch, die Aerzte zusammenzuhalten, von vorneherein verfehlt.

Nun sind uns von unseren Nachbarstaaten Sachsen und Preussen genau die Wege gezeigt, auf denen wir das von uns Erstrebte finden können. Die sächsischen Gesetzesbestimmungen betreffend die ärztlichen Bezirksvereine vom Jahre 1896 dürfen uns füglich als Muster für unseren Entwurf dienen; dem preussischen Entwurfe stehen wir nach unserer ganzen bisherigen Organisation entschieden fremder gegenüber.

Es scheint mir nothwendig, Ihnen kurz an dieser Stelle die Grundzüge beider Entwürfe, von denen der sächsische bereits Gesetz geworden, der preussische in nicht allzuferner Zeit wohl ebenfalls gesetzlich festgelegt werden wird, zu recapituliren. Bei einer vergleichenden Betrachtung beider Entwürfe fällt sofort als entscheidender Cardinalpunkt in die Augen, dass das sächsische Gesetz vollkommen auf den Schultern der ärztlichen Bezirksvereine, der preussische Entwurf aber auf den Aerztekammern aufgebaut ist. Während das sächsische Gesetz den Bezirksvereinen das ehrengerichtliche Verfahren, wie sie es bisher schon gehabt, in abgeänderter Form gelassen hat, als zweite Instanz in allen ärztlichen Angelegenheiten erst die Aerztekammern mit Zuziehen eines Verwaltungsbeamten im sogenannten Ehrengerichtshof aufgestellt hat, erscheint nach dem preussischen Entwurfe ein erfolgreiches ehrengerichtliches Verfahren den Bezirksvereinen genommen und ganz in die Hände der Aerztekammern gelegt; dabei wird im preussischen Entwurfe das Untersuchungsverfahren in so hochnothpeinlicher Weise durch einen juristischen Untersuchungsrichter geführt, wie es uns an Freiheit gewöhnten Aerzten Bayerns niemals gefallen kann und wogegen wir von vorneherein lebhaft Protest erheben müssten; im sächsischen Gesetze liegt auch das Untersuchungsverfahren in den Händen der Bezirksvereine. Der eine grosse Vorzug, der den preussischen Entwurf auszeichnet, ist die Verleihung des Umlagerechts an die Aerztekammern, auf den die Sachsen wohl im Interesse der erreichten Ehrengerichtsordnung vorläufig verzichtet zu haben scheinen.

M. H.! Für uns kann die Wahl zwischen diesen beiden Aerzteordnungen keine zweifelhafte sein. Die wirkliche Förderung ärztlicher Standesfragen, als da sind Hebung des Standesbewusstseins und der Standesehre, Schlichtung von Streitigkeiten zwischen den einzelnen Aerzten oder zwischen Nichtärzten und Aerzten ist meines Erachtens nur durch die Bezirksvereine garantirt. In den Bezirksvereinen finden sich die Aerzte des Bezirkes zusammen, um die ärztliche Wissenschaft zu pflegen und sich wissenschaftliche Anregung für die mit so viel Widerwärtigkeiten verbundene tägliche Praxis zu holen, um sich dadurch, niedergedrückt durch die Sorge des Berufes, immer wieder einen idealen Halt zu erringen, den wie kein anderes Moment eben die Beschäftigung mit der Wissenschaft bietet; in den ärztlichen Bezirksvereinen kommen aber auch die nach Oertlichkeit verschiedenen Bedürfnissfragen der öffentlichen Gesundheitspflege in zweckentsprechendster Weise zur Besprechung und gerade in den Bezirksvereinen ist die Stätte, wo Zwistigkeiten zwischen den Mitgliedern, die sich durch häufiges Zusammenkommen in den Vereinsversammlungen alle mehr oder weniger genau kennen lernen, am besten richtig taxirt, richtig behandelt und richtig abgeurtheilt werden. Wer könnte das aber von den Aerztekammern behaupten, die jährlich einmal, höchstens zweimal zusammentreten und nie und nimmer einen solchen Einblick in die persönlichen Verhältnisse zum Beispiel eines Angeklagten gewinnen können, wie dies bei den Vereinsmitgliedern möglich, ja sicher garantirt ist? Es besteht für mich kein Zweifel, dass, wenn man den ärztlichen Bezirksvereinen diese wirkungsvolle Ehrengerichtsbarkeit nehmen und das Schwergewicht aller Befugnisse in die Aerztekammern verlegen würde, das Vereinsleben einen so empfindlichen Stoss erhalten würde, dass seine Lebensfähigkeit in ernste Zweifel gezogen werden würde. Also lassen wir uns unsere Rechte, wie sie unseren Vereinen bisher gegeben waren, nicht nehmen, versuchen wir vielmehr aufzubauen auf dem, was wir bisher besessen und gut befunden haben. Ohne mich deswegen auf eine genaue Schilderung des preussischen Entwurfes einzulassen, möchte ich also schon aus dem Grunde, weil derselbe die Vereine in ihrem inneren Werthe herabsetzt und somit unthunlich ist, Sie dringend vor der Nachfolge auf dem dort beschrittenen Wege warnen.

Um so dringlicher möchte ich Sie auf das sächsische Gesetz hinweisen; dasselbe bietet, auf unsere bayerischen Verhältnisse abgeändert, fast alles, was wir anstreben und noch dazu in einer Form, wie wir sie sicher nicht besser schaffen können. Das Einzige, was ich aus dem preussischen Entwurfe herübergenommen wünschen möchte, ist die Verleihung des Umlagerechts an die Aerzte. In dem Ihnen vorliegenden Entwurfe finden Sie diese hochwichtige Sache berücksichtigt.

Nun zum Schlusse noch einige Bemerkungen über die Berechtigung des von mir vorgelegten Entwurfes in Rücksicht auf die Reichsgesetzgebung und über einige wichtigere Punkte, die unser Entwurf enthält.

Dass die Einzelstaaten berechtigt sind, die Standesverhältnisse der Aerzte nach ihrem eigenen Ermessen zu regeln und zu dem Ende auch den innerhalb ihrer Gebiete prakticirenden Aerzten bestimmte Pflichten aufzuerlegen, das beweist für's Erste die Schaffung des sächsischen Gesetzes, das beweist für's Andere der Hinweis des Reichskanzlers in dem mehrerwähnten Erlass eben auf die Landesgesetzgebung. Die Reichsgewerbeordnung findet zufolge der Vorschrift in § 6 in der Fassung des Nachtragsgesetzes zum 1. Juli 1883 auf die Ausübung der Heilkunde nur insoweit Anwendung, als sie darüber ausdrückliche Bestimmungen enthält, sie beschränkt im Uebrigen die Landesgesetzgebung nicht.

Unser Entwurf macht den Beitritt zu den ärztlichen Bezirksvereinen obligatorisch für alle Aerzte. Ich bin mit Heinze der Ansicht, dass alle unsere Bestrebungen so lange ohne Erfolg sein werden, als wir nicht einen obligatorischen Beitritt zu den Vereinen erreicht haben. Nur im obligatorischen Beitritt zu den Vereinen ist eine anhaltende Einwirkung auf alle Aerzte gesichert, nur darin ist der Weg zur Wiederhebung und Sanirung des ärztlichen Standes zu finden, nur dadurch erreichen wir das, was wir in unserer Vereinsthätigkeit so ohnmächtig erstrebt haben.

Hier wäre die Frage zu erörtern, ob obligatorischer Beitritt zum Verein besser ist als facultativer Beitritt und gleichzeitige Disciplinarbefugniss der Vereine über alle auch ausser dem Vereine stehende Aerzte. Der letztere Fall ist seit Jahren im Herzogthum Braunschweig praktisch durchgeführt worden.

Hier bestand seit 1. Januar 1986 facultativer Beitritt und ehrengerichtliche Gewalt der Vereine über alle Aerzte. M. H.! Ich glaube, für uns kann auch hier die Wahl nicht zweifelhaft sein. Erstens wird die bayerische Regierung wie es die sächsische gethan hat, es für unopportun erklären, Aerzte, die einem Verein nicht angehören, der Jurisdiction eben eines solchen Vereines zu unterstellen. Sodann sehen wir ja eben in unseren Vereinen die Stätte, wo die Erziehung der jungen Aerzte zum Begriffe der Standesehre, zu collegialem Fühlen und Handeln geboten ist. Dieser Erziehung bedarf jeder Arzt. Wenn wir also etwas schaffen wollen, was nicht wieder ganz werthlos sein soll, so müssen wir anstreben, dass jeder Arzt im Vereine die Schule seines ärztlichen Charakters zu sehen hat. Für mich besteht kein Zweifel darüber, dass das Vereinsleben durch einen derartigen obligatorischen Beitritt in seiner bisherigen erspriesslichen Bethätigung keinerlei Einbusse erleiden wird. Die besseren Elemente werden sich nach wie vor hier zusammenfinden, die minderwerthigen sich nicht recht behaglich fühlen, wo ihr unlauteres Treiben scharfe Verurtheilung findet. Immerhin wird doch der eine oder andere College für das Vereinsleben gewonnen werden können, der bisher ferne von jedem Vereinskehr der langsamen Versumpfung sicher entgegenging. Und wenn wir auch nicht Alle auf den rechten Weg hiedurch bringen werden, so dürfen wir darum uns nicht weniger freuen, wenn schon nur Einige durch unseren Verein auf bessere Bahnen geleitet worden sind. Sicher ist, dass alle Aerzte von dem Augenblick an, in welchem den Vereinen das Recht der Jurisdiction über sie gegeben und den Vereinen die Fürsorge für ihr Wohlergehen durch das Umlagerecht übertragen ist, dem Vereinsleben eine ganz andere Aufmerksamkeit zuwenden werden als bisher. Selbstverständlich wird es auch dann noch räudige Schafe genug geben. Mit dem obligatorischen Beitritt haben wir aber dann auch eine wirksame Disciplinargewalt in Händen und sind fortan gegen solche Elemente nicht mehr machtlos.

In Bayern standen bisher 19 Proc. aller Aerzte ausserhalb der Vereine, sie waren jeder Gerichtsbarkeit und jeglicher Einwirkung von Seiten ihrer Standesgenossen entzogen. Es ist gewiss kein unbilliges Verlangen, wenn wir, die wir freiwillig die strengste Standesordnung uns auferlegen, deren Befolgung auch von allen den Aerzten verlangen, die mit uns in Concurrenz treten und mit uns auf den Respect, der dem ärztlichen Stand zukommt, Anspruch machen wollen.

Die Grundlage der Forderung des obligatorischen Beitritts für alle Aerzte ist das Vorhandensein einer für alle Aerzte geltenden Standesordnung. Unsere Aerztekammern sind eben mit der Herstellung einer solchen beschäftigt. Für den Fall, dass unser Entwurf Gesetz wird, finden wir also schon eine fertige Standesordnung vor. Die Consequenz einer Standesordnung ist aber eine Ehrengerichtsordnung. Im Folgenden lege ich Ihnen nun einen Gesetzentwurf betr. die ärztlichen Bezirksvereine zugleich mit einem Ehrengerichtsentwurf vor, welch beide Entwürfe sich eng an das sächsische Gesetz anschliessen und deren einstimmige Annahme ich Ihnen im Interesse unseres Standes von ganzen Herzen dringend empfehle:

Entwurf zu einem Gesetze, die ärztlichen Bezirksvereine im Königreich Bayern betreffend, insbesondere den Entwurf einer Ehrengerichtsordnung enthaltend.

§ 1.[1]) Die ärztlichen Bezirksvereine werden fortan gebildet durch sämmtliche (a) approbirte Aerzte, welche innerhalb des betreffenden Verwaltungsbezirkes oder innerhalb einer Verwaltungsbezirksgruppe (b), wie sie dem bisherigen Vereinsterritorium entspricht, wohnen und ihre Praxis ausüben.

Die Grösse eines Bezirksvereins muss mindestens dem Umfange eines Verwaltungsbezirkes entsprechen und soll nicht unter 20 Mitglieder umfassen. Die Bildung mehrerer Bezirksvereine innerhalb desselben Verwaltungsbezirkes bedarf der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern. Somit sind sämmtliche Aerzte, die ihre Praxis ausüben (c), zum Eintritt in einem Bezirksverein verpflichtet. Nicht verpflichtet, aber berechtigt zum Eintritt sind diejenigen approbirten Aerzte, welche ihre Praxis nicht oder nicht mehr ausüben.

§ 2.[2]) Jedem Bezirksverein steht das Recht der juristischen Persönlichkeit zu.

§ 3. Mit Genehmigung der betheiligten Bezirksvereine kann einer der in § 1 bezeichneten Aerzte aus dem Vereine, dem er angehört, ausscheiden, wenn er den Nachweis erbringt, dass er die Mitgliedschaft eines benachbarten Bezirksvereines erlangt hat, oder doch erlangen wird.

§ 4. Der Zweck der ärztlichen Bezirksvereine besteht in Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, Förderung des wissenschaftlichen Strebens bei den Mitgliedern durch regelmässige Zusammenkünfte, Vorträge, Besprechungen, Einrichtung von Lesezirkeln, Bibliotheken u. s. w., Förderung der wirthschaftlichen Interessen der Aerzte, Wahrung und Stärkung der Standesehre der Mitglieder, Förderung der gedeihlichen collegialen Verhältnisse zwischen denselben und die Schlichtung der unter ihnen entstandenen Streitigkeiten durch ein Ehrengericht, endlich in der Herstellung von Einrichtungen, welche die Unterstützung nothleidender und hilfsbedürftiger Mitglieder oder deren Familien bezwecken. Ausserdem ist von den Bezirksvereinen die Wahl der Delegirten zu den Aerztekammern vorzunehmen; auch können die Bezirksvereine Anträge an die Aerztekammer ihres Regierungsbezirkes, sowie an die Behörden des Regierungsbezirkes bringen, sowie auf Veranlassung der letzteren sachverständige Gutachten innerhalb ihres Wirkungskreises abgeben.

§ 5.[3]) Jeder Bezirksverein hat Statuten aufzustellen, die der Genehmigung des Staatsministeriums bedürfen. In denselben sind insbesondere über die Rechte und Pflichten der Mitglieder, die Wahl des Vorstandes, über die Aufbringung und Umlage der erforderlichen Mittel, sowie über die Zusammensetzung und Zuständigkeit der Ehrengerichte Bestimmungen zu treffen, soweit nicht das Ministerium des Innern nach Gehör der Bezirksvereine bezw. der Aerztekammern einheitliche Vorschriften dieser Art für sämmtliche Bezirksvereine aufstellt.

§ 6. Die Bezirksvereine haben eine gemeinsame Standesordnung aufzustellen, welche die Pflichten der Aerzte gegen ihre Patienten und gegen das Gemeinwesen, sowie die Pflichten der Aerzte gegeneinander, sowie die Pflichten zur Wahrung der Ehre und des Ansehens ihres Standes in und ausserhalb ihrer Berufsthätigkeit enthält.

Diese Standesordnung bedarf der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern.

§ 7.[4]) Den Bezirksvereinen dient eine Ehrengerichtsordnung zur Untersuchung und Aburtheilung von Uebertretung

[1]) § 1. a) «sämmtliche in dem betreffenden Verwaltungsbezirk wohnende und ihre Praxis ausübende Aerzte»: Von dem Hereintragen eines Unterschiedes zwischen beamteten und praktischen Aerzten soll und muss Abstand genommen werden. Wie die beamteten Aerzte auch bisher unter der Vereinsjurisdiction standen — und zwar mit Genehmigung der Staatsregierung — so soll auch in Zukunft hieran nichts geändert werden. Der Umstand, dass die Vereine in Zukunft zu ihrer bisherigen Machtbefugniss das Recht des Verhängens von Geldstrafen dazu bekommen sollen, erscheint als kein genügender Grund, die beamteten Aerzte in Zukunft der Vereinsgerichtbarkeit ganz zu entziehen. Es wäre ein schwerer Schlag für die Vereine, wenn durch Exemption der beamteten Aerzte deren Stellung in den Vereinen eine schiefe werden müsste. Gerade in den beamteten Aerzten haben wir sehr häufig unsere besten Kräfte besessen. Niemals sind irgendwelche Unannehmlichkeiten aus der Stellung der beamteten Aerzte unter die Vereinsjurisdiction erwachsen. Es schien darum zweckmässig, in dem Entwurfe einen derartigen Gedanken überhaupt nicht zu erwähnen. Auch Sanitätsofficiere, die Praxis ausüben, sollen nicht ausgeschlossen sein, da auch für sie die Standesordnung nur eine wohlthätige Richtschnur für ihr Handeln sein dürfte.

b) «Verwaltungsbezirksgruppe, wie sie dem bisherigen Vereinsterritorium entspricht»: Der bisherige territoreale Umfang der Vereine soll möglichst unangetastet bleiben. Es ist dies nöthig in Rücksicht auf die Geschichte und Kasseneinrichtungen der einzelnen Vereine.

c) Da die Bezirksvereine sich besonders die Wahrung der Standesehre und die Schlichtung von Streitigkeiten zwischen den Mitgliedern zur Aufgabe gemacht haben und diese Fragen meist nur für Praxis ausübende Aerzte in Betracht kommen, kann auf die nicht prakticirenden Aerzte recht wohl verzichtet werden. Ihre Berechtigung zum Eintritt soll nicht unmöglich gemacht werden, da hiedurch manche tüchtige, wissenschaftliche Kraft für den Verein erhalten oder gewonnen werden dürfte.

[2]) § 2. Das Recht der juristischen Persönlichkeit für die Bezirksvereine zu verlangen, ist absolut nothwendig desswegen, weil wir nach der neuen Ehrengerichts- und Umlageordnung Processe zu führen und verklagt zu werden, die Fähigkeit besitzen müssen.

[3]) § 5 und 6. «Genehmigung des Staatsministeriums»: Zweifellos hat der Staat das Recht, von Demjenigen, dem er richterliche Befugniss über einen ganzen, grossen Stand zuerkennt, Einsichtnahme und Begutachtung der hiezu nothwendigen Statuten und Standesordnung zu verlangen. Dass die Statuten und die Standesordnung einheitlich für alle Vereine mit Genehmigung des Ministeriums aufgestellt werden, versteht sich bei der von uns gewünschten einheitlichen Ehrengerichtsordnung ganz von selbst.

[4]) § 7. Dass der Ehrengerichtshof, die höchste Instanz, einen höheren Verwaltungsbeamten als Vorsitzenden erhält, kann der Staat (gleichsam als Aufsichtsorgan) füglich verlangen. Da wir die Eintreibung der Geldstrafen durch den Verwaltungsweg anstreben, muss eine Beeinflussung und Einsichtnahme durch einen Staatsbeamten ermöglicht sein.

der Standesordnung. Beschwerden über ein Mitglied oder Anträge auf Einleitung des ehrengerichtlichen Verfahrens gegen dasselbe sind bei dem Vorstande des Bezirksvereins schriftlich einzureichen. Die Beschwerde ist nach Maassgabe der in der Ehrengerichtsordnung über das Verfahren zutreffenden Bestimmungen zu erörtern und von einem Ehrengerichte zu entscheiden.

Das Ehrengericht besteht aus einem in besonderem Wahlgange zu wählenden Vorsitzenden und zwei gewählten Ehrenrichtern. Hierzu müssen je ein Vertrauensmann, welcher von jeder Partei zu bezeichnen ist, mit Stimmberechtigung zugezogen werden. Für die drei ersten treten im Verhinderungsfalle die im eigenen Wahlgange zu wählenden Ersatzmänner ein. Die Entscheidung kann lauten:

a) auf vorläufige Einstellung des Verfahrens während der Dauer des gegen den Beschuldigten wegen einer strafbaren Handlung eingeleiteten gerichtlichen Strafverfahrens

b) auf Freisprechung.

c) auf Verurtheilung zu einer ehrengerichtlichen Strafe.

Die Ehrengerichtlichen Strafen sind:

a) vertrauliche Warnung.

b) vertrauliche Rüge.

c) öffentlicher Verweis in der Vereinsversammlung.

d) Geldstrafen von 20 bis 1500 Mark.

e) Aberkennung des Wahlrechts und der Wahlfähigkeit zu den vom Verein zu bewirkenden Wahlen bis zur Dauer von fünf Jahren.

Die unter d und e bezeichneten Strafen können auch gleichzeitig, nicht minder kann im einzelnen Falle auf Veröffentlichung der Entscheidung in einem von dem Ehrengericht alljährlich bestimmten Blatte erkannt werden, falls das Ehrengericht nicht in dem einzelnen Falle eine andere Art der Veröffentlichung für angemessen erachtet. Gegen die dem Beschuldigten schriftlich zu eröffnende Entscheidung des Ehrengerichts steht demselben innerhalb 14 Tagen die Berufung an den Ehrengerichtshof zu.

Derselbe wird für jeden Regierungsbezirk gebildet aus einem vom Ministerium des Innern zu ernennenden höheren Verwaltungsbeamten der Regierung als Vorsitzenden und vier von der Aerztekammer ad hoc gewählten Beisitzern.

Die Entscheidungen des Ehrengerichtshofs sind endgiltig.

Die Vollstreckung der Urtheile des Ehrengerichts und des Ehrengerichtshofes liegt dem betr. Vorsitzenden ob.

Erkannte Geldstrafen, welche in die Cassen desjenigen Bezirksvereines fliessen, dem der Verurtheilte angehört, sind auf Antrag des Vorsitzenden von der Verwaltungsbehörde des Wohnortes des Verurtheilten nach Maassgabe der Bestimmungen über Zwangsvollstreckung wegen Geldleistungen im Verwaltungsverfahren beizutreiben.

§ 8.[5]) In jedem Bezirksverein wird eine Casse errichtet. Jeder Bezirksverein ist befugt, von den Mitgliedern einen von dem Verein festzusetzenden jährlichen Beitrag zur Deckung des Cassenbedarfs zu erheben. Die Höhe des Betrages bedarf der Genehmigung der Kreisregierung. Nach erfolgter Genehmigung erfolgt die Einziehung der Beiträge, soweit dieselben nicht freiwillig gezahlt werden, nach dem gesetzlichen Verwaltungszwangsverfahren wegen Beitreibung von Geldbeiträgen. Wie dem Vereine selbst, so steht der Casse das Recht der juristischen Persönlichkeit zu. Die Geschäfte der Casse werden von einem alljährlich zu wählenden Cassenführer geleitet. Der Cassenführer ist zur Empfangnahme von Geldern und zur Ertheilung von Quittungen sowie auf Anweisung des Vorstandes des Vereines zu Zahlungen berechtigt. Die einkommenden Gelder sind nach Maassgabe der Bestimmungen der Obervormundsbehörde über Mündelgelder zinsbar anzulegen. Der Cassenführer hat über Einnahmen und Ausgaben Bücher zu führen und die Belege bis zur Entlastung aufzubewahren. Der Cassenführer hat die Einziehung der Geldstrafen und Kosten, sowie der nicht freiwillig gezahlten Beiträge der Vereinsmitglieder zu betreiben. Die Zwangsvollstreckung betreibt auf Antrag des Vorsitzenden die Verwaltungsbehörde des Wohnortes des Zahlungspflichtigen nach Maassgabe der Bestimmungen über Zwangsvollstreckung wegen Geldleistung im Verwaltungsverfahren. Der Vorsitzende hat mindestens jährlich ein Mal durch zwei seiner Mitglieder die Casse und die Bücher nebst Belegen zu prüfen.

Der Cassenführer hat dem Vereine jährlich Rechnung zu legen. Der Verein ertheilt nach Erledigung etwaiger Anstände die Entlastung. Die Kreisregierung ist befugt, jederzeit von dem Stande der Casse durch einen Beauftragten Kenntniss zu nehmen und Bücher und Belege zu prüfen.

§ 9. Die bisherigen Statuten der Bezirksvereine sind einer diesem Gesetze entsprechenden Abänderung zu unterziehen.

§ 10. In die Geschäftsordnung der Aerztekammer ist eine Bestimmung betr. Bildung des Ehrengerichtshofes aufzunehmen.

§ 11. Mit diesem Gesetze tritt die kgl. allerhöchste Verordnung vom 9. VII. 1895, die Bildung der Aerztekammern und die ärztlichen Bezirksvereine betreffend, insoweit sie auf die ärztlichen Bezirksvereine Bezug nimmt, ausser Kraft, ebenso die früheren allerhöchsten Verordnungen betreffend die ärztlichen Bezirksvereine.

[5]) § 8. An dem Verlangen, Umlagen von den Vereinsmitgliedern erheben zu können, müssen wir mit aller Kraft festhalten. Ein allseitiges Interesse der Vereinsmitglieder an dem Verein und seinen Intentionen wird am sichersten erreicht dadurch, dass jedes Mitglied ausser anderen materielle Interessen an dieser Institution hat. Es ist auch zu hoffen, dass wir mit diesem Rechte dem langersehnten Ziele einer gemeinsamen Pensionscasse für alle bayerischen Aerzte um ein gutes Stück näher kommen werden. Staatliche Beaufsichtigung versteht sich aus denselben Gründen, wie sie bei § 7 angegeben sind.

Ehrengerichtsordnung.

§ 1. In jedem Bezirksverein wird ein Ehrengericht gebildet, das aus einem eigens gewählten Vorsitzenden und zwei gewählten Ehrenrichtern besteht. Für diese drei Ehrenrichter treten in Verhinderungsfällen die in eigenem Wahlgange zu erwählenden Stellvertreter ein. Bei jeder ehrengerichtlichen Verhandlung zwischen zwei Aerzten müssen aus der Zahl der Vereinsmitglieder je ein Vertrauensmann, welcher von jeder Partei zu bezeichnen ist, mit Stimmberechtigung zugezogen werden.

§ 2. Die Wahl der Ehrenrichter und der Stellvertreter derselben erfolgt auf die Dauer eines Jahres. Bei der Wahl ist zugleich der Vorsitzende des Ehrengerichtes und dessen Stellvertreter zu bestimmen, sowie auch festzusetzen, in welcher Reihenfolge bei Behinderung von Mitgliedern die Stellvertreter zu berufen sind.

Die Wiederwahl der ausscheidenden Mitglieder oder deren Stellvertreter ist zulässig.

§ 3. Das Ehrengericht hat die Aufgabe, die Beilegung von Streitigkeiten, welche aus dem ärztlichen Berufsverhältnisse zwischen Aerzten oder zwischen einem Arzte und einer anderen Person entstehen, zu vermitteln, sowie ihm im Beschwerdewege oder auch sonst zu seiner Kenntniss gelangende Uebertretungen der ärztlichen Standesordnung ehrengerichtlich zu untersuchen und darüber zu entscheiden.

§ 4. Jedes Mitglied des Bezirksvereins hat das Recht, eine ehrengerichtliche Untersuchung über sein Verhalten vom Ehrengericht zu verlangen.

Beschwerden von Aerzten wie von Nichtärzten gegen einen Arzt wegen Uebertretung der Standesordnung sind bei dem Vorstande des ärztlichen Bezirksvereins, welchem der Angeschuldigte als Mitglied angehört, schriftlich einzureichen.

Der Vorstand des Bezirksvereins ist berechtigt, den Beschwerdeführer zur Zurücknahme seiner Beschwerde aufzufordern. Bleibt diese Aufforderung ohne Erfolg, so ist mit der Beschwerde den Bestimmungen des § 5 gemäss zu verfahren; doch kann in einem solchen Falle von dem Beschwerdeführer eine Sicherstellung für die Kosten des Verfahrens (zu vergleichen § 16) verlangt werden.

§ 5. Bei dem Vorstande des Bezirksvereins eingegangene Beschwerden über ein Vereinsmitglied, beziehentlich Anträge auf Einleitung des ehrengerichtlichen Verfahrens gegen dasselbe, sind dem Vorsitzenden des Ehrengerichtes zur ehrengerichtlichen Erörterung und Entscheidung zuzustellen.

§ 6. Ist gegen einen Arzt wegen einer strafbaren Handlung die öffentliche Klage erhoben, so ist während der Dauer des Strafverfahrens wegen der nämlichen That das ehrengerichtliche Verfahren nicht zu eröffnen oder, wenn die Eröffnung stattgefunden hat, auszusetzen.

Wird in dem Strafverfahren auf Freisprechung erkannt, so findet wegen der gleichen That ein ehrengerichtliches Verfahren nur in soweit statt, als dieselbe an sich und unabhängig von dem Thatbestande einer im Strafgesetze vorgesehenen Handlung die ehrengerichtliche Bestrafung begründet.

Hat das Strafverfahren zu einer Verurtheilung geführt, so beschliesst das Ehrengericht, ob ausserdem das ehrengerichtliche Verfahren zu eröffnen oder fortzusetzen ist.

§ 7. Ist gegen einen Arzt zur Zeit seines Uebertritts in einen anderen Bezirksverein bei dem Ehrengericht des Vereins, welchem derselbe bis dahin als Mitglied angehörte, ein ehrengerichtliches Verfahren im Gange oder wird gegen einen Arzt zur Zeit seines Uebertritts oder nach dem Uebertritte in einen anderen Bezirksverein bei dem Vorstande des Vereins, dessen Mitglied derselbe früher war, eine Beschwerde wegen Vergehens gegen die Standesordnung angebracht, so ist die betreffende Angelegenheit durch Vermittlung des Vorstandes des Bezirksvereins, in welchen der Angeschuldigte übergetreten ist, an das Ehrengericht dieses Vereins zur Fortsetzung beziehentlich Eröffnung des ehrengerichtlichen Verfahrens abzugeben.

§ 8. Wegen einer strafbaren oder einer als eine Verletzung der Standesordnung anzusehenden Handlung, welcher sich ein Arzt vor der Erlangung der Mitgliedschaft eines Bezirksvereins schuldig gemacht hat, ist ein ehrengerichtliches Verfahren nur dann zulässig, wenn die betreffende Handlung nach Ansicht des Ehrengerichtes, die Aberkennung des Wahlrechtes und der Wahlfähigkeit zu dem vom Vereine zu bewirkenden Wahlen (§ 16 unter d) zu begründen geeignet ist.

§ 9. Von den im § 16 aufgeführten ehrengerichtlichen Strafen können die unter a und b vorgesehenen ohne förmliches ehrengerichtliches Verfahren durch Beschluss des Ehrengerichtes verhängt werden, jedoch in jedem Falle nur nach Gehör des Angeschuldigten. Auch steht dem Angeschuldigten das Recht zu, vor der Beschlussfassung die Einleitung des förmlichen ehrengerichtlichen Verfahrens zu verlangen.

§ 10. In allen Beschwerdefällen, welche nicht durch das in § 9 angegebene Verfahren zum Austrag gebracht werden können, hat der Vorsitzende des Ehrengerichts, falls er nicht selbst die Voruntersuchung übernimmt, ein Mitglied des Ehrengerichtes mit der Voruntersuchung zu beauftragen und dem angeschuldigten Arzte von der Beschwerde Kenntniss zu geben, sowie ihm den Namen des Ehrengerichtsmitgliedes, welches die Voruntersuchung zu führen hat, mitzutheilen.

Dem Angeschuldigten ist während der Voruntersuchung ausreichende Gelegenheit zu geben, sich über die erhobene Beschwerde mündlich zu Protokoll zu erklären, auch kann ihm schriftliche Erklärung auferlegt oder gestattet werden.

Der mit der Voruntersuchung Beauftragte ist berechtigt, Zeugen zu vernehmen oder, falls diese einem anderen Bezirksverein als Mitglieder angehören beziehentlich im Bereiche eines anderen Bezirksvereines wohnen, das Ehrengericht des letzteren um Vernehmung der Zeugen durch eines seiner Mitglieder zu ersuchen, und hat alle Ergebnisse der Untersuchung schriftlich festzustellen. Vereidigung der Zeugen findet nicht statt.

§ 11. Jedes Ehrengericht ist verpflichtet, auf Ersuchen eines anderen Ehrengerichtes der Vernehmung von Zeugen sich zu unterziehen und dem ersuchenden Ehrengerichte das Ergebniss der Vernehmung mitzuteilen.

§ 12. Nach Abschluss der Voruntersuchung hat das Ehrengericht in einer von dem Vorsitzenden anzuberaumenden Sitzung über die Beschwerde zu verhandeln und Beschluss zu fassen.

Die Einladung der Mitglieder des Ehrengerichtes zu den Sitzungen hat in der Regel acht Tage vorher unter Angabe der Tagesordnung zu erfolgen. Die gleiche Frist ist bei der Ladung des Angeschuldigten beziehentlich des Beschwerdeführers zur Verhandlung einzuhalten.

Die Mitglieder des Ehrengerichtes sind verpflichtet, auf ergangene Einladung au den Sitzungen theilzunehmen. Ein Mitglied, welches an der Theilnahme behindert ist oder aus besonderen Gründen von ihr befreit zu sein wünscht, hat dem Vorsitzenden unter Angabe der Letzteren umgehend nach erfolgter Ladung hiervon Mittheilung zu machen, damit eventuell rechtzeitig ein Stellvertreter einberufen werden kann.

Dem Vorsitzenden steht die Entscheidung darüber zu, ob die angegebenen Behinderungsgründe ausreichende sind.

§ 13. Zur Verhandlung des Ehrengerichtes wird der Arzt, gegen welchen verhandelt wird, geladen. Er hat in der Verhandlung zu erscheinen und ist verpflichtet, wahrheitsgemäss Auskunft zu geben, kann sich aber auch mit Zustimmung des Vorsitzenden durch einen Arzt vertreten, beziehentlich unterstützen lassen.

Die Verhandlungen sind nicht öffentlich.

§ 14. Gegenstand der Verhandlung ist die Beschwerde, welche zu Anfang der Verhandlung zur Verlesung kommt. In der Verhandlung gibt der mit der Voruntersuchung Beauftragte auf Grund seiner schriftlichen festgestellten Erhebungen eine Darstellung der Sache. Sodann wird der Beschuldigte beziehentlich dessen zugelassener Vertreter gehört. Im Falle des Ausbleibens des Beschuldigten darf auch in dessen Abwesenheit verhandelt werden.

Der Beschwerdeführer soll zur Verhandlung geladen werden; sein ihm vom Ehrengericht nicht als begründet erachtetes Ausbleiben bildet keinen Grund zur Vertagung. Der Vorsitzende kann ihm das Wort ertheilen.

§ 15. Nach Schluss der Verhandlung haben sich der angeschuldigte Arzt beziehentlich dessen Vertreter und der Beschwerdeführer zu entfernen, und erfolgt die Schlussberathung und Beschlussfassung.

Das Ehrengericht hat über jede Sitzung durch einen zur Protokollführung zugezogenen und zu dieser Function vor der Verhandlung von dem Vorsitzenden mittels Handschlags an Eidesstatt besonders zu verpflichtenden Arzt ein Protokoll aufnehmen zu lassen. Letzteres hat den Gang der Verhandlung und den Wortlaut sämmtlicher gefällten Entscheidungen zu enthalten und ist bei Schluss jeder Sitzung zu verlesen und vom Vorsitzenden und mindestens noch einem Mitgliede zu unterzeichnen.

§ 16. Die Entscheidung kann lauten:

a) auf vorläufige Einstellung des Verfahrens während der Dauer des gegen den Beschuldigten wegen einer strafbaren Handlung eingeleiteten gerichtlichen Strafverfahrens.
b) auf Freisprechung.
c) auf Verurtheilung zu einer ehrengerichtlichen Strafe.

Die ehrengerichtlichen Strafen sind:

a) vertrauliche Warnung.
b) vertrauliche Rüge.
c) öffentlicher Verweis in der Vereinsversammlung.
d) Geldstrafen von 20 bis 1500 Mark.
e) Aberkennung des Wahlrechts und der Wahlfähigkeit zu den vom Verein zu bewirkenden Wahlen bis zur Dauer von fünf Jahren.

Die unter d und e bezeichneten Strafen können auch gleichzeitig verhängt, nicht minder kann im einzelnen Falle auf Veröffentlichung der Entscheidung in einem von dem Ehrengericht alljährlich bestimmten Blatte erkannt werden, falls das Ehrengericht nicht in dem einzelnen Falle eine andere Art der Veröffentlichung für angemessen erklärt.

Durch Beschluss des Ehrengerichts können die Kosten des Verfahrens, welche je nach dem Umfange desselben auf 10 bis 50 Mark festzusetzen sind, ganz oder theilweise dem Verurtheilten oder in Fällen offenbar leichtfertig oder wider besseres Wissen erhobener Beschwerden, dem Beschwerdeführer anferlegt werden, ebenso dem Letzteren im Falle unbegründeten Ausbleibens und dadurch bewirkter Vertagung.

§ 17. Zur Beschlussfassung des Ehrengerichtes ist die Anwesenheit aller Mitglieder beziehentlich der entsprechenden Zahl von Stellvertretern erforderlich. Eine verurtheilende Entscheidung erfordert 3/5 Majorität.

§ 18. Gegen die dem Verurtheilten schriftlich unter Angabe der Gründe zu eröffnende Entscheidung des Ehrengerichtes steht demselben innerhalb 14 Tagen nach Empfang der Entscheidung die Berufung an den Ehrengerichtshof zu. Die Berufung ist bei dem Ehrengerichte, welches die angegriffene Entscheidung erlassen hat, schriftlich einzulegen. Die bei dem Ehrengerichte ergangenen Akten sind innerhalb einer achttägigen Frist nach Anmeldung der Berufung an den Ehrengerichtshof einzureichen.

§ 19. Der Ehrengerichtshof wird für jeden Regierungsbezirk gebildet aus einem vom Ministerium des Innern zu ernennenden höheren Verwaltungsbeamten als Vorsitzenden und vier von der Aerztekammer ad hoc regelmässig für die Dauer eines Jahres gewählten Beisitzern.

Mit den vier Beisitzern sind zugleich vier Stellvertreter derselben zu wählen; auch ist bei der Wahl zu bestimmen, in welcher Reihenfolge im Falle der Behinderung von Mitgliedern die Stellvertreter zu berufen sind.

Die ausscheidenden Mitglieder und Stellvertreter sind sofort wieder wählbar.

§ 20. Das Verfahren vor dem Ehrengerichtshof gestaltet sich entsprechend demjenigen vor dem Ehrengerichte. Zur Verurtheilung bedarf es einer 4/5-Majorität.

Ein Mitglied des Ehrengerichtshofes, welches bei der angefochtenen Entscheidung des Ehrengerichtes mitgewirkt hat, ist von der Theilnahme an der Verhandlung und Entscheidung in dieser Sache ausgeschlossen.

§ 21. Die Entscheidungen des Ehrengerichtshofes sind endgiltig.

§ 22. Die Vollstreckung der Urtheile des Ehrengerichtes und des Ehrengerichtshofes liegt dem betreffenden Vorsitzenden ob.

§ 23. Dem Beklagten und dem Vorstande des Bezirksvereins, welchem der Beklagte als Mitglied angehört, ist vom Vorsitzenden des Ehrengerichtes, beziehentlich des Ehrengerichtshofes, eine Abschrift des Urtheils zuzustellen.

§ 24. Nach Abschluss eines ehrengerichtlichen Verfahrens sind die ergangenen Acten an den Vorstand eines Bezirksvereins, welchem der Beschuldigte, beziehentlich Verurtheilte als Mitglied angehört, abzugeben und von diesem mit den Vereinsacten aufzubewahren.

§ 25. Alle nach den Bestimmungen dieser Ehrengerichtsordnung erforderlichen Zustellungen und Ladungen haben in verschlossenem Briefumschlage und diejenigen, welche den Lauf von Fristen bedingen, durch die Post mittels eingeschriebenen Briefes zu erfolgen, doch bleibt dem Ehrengericht und Ehrengerichtshofe ausdrücklich vorbehalten, dass der Beweis der Zustellung auch in anderer Weise geführt werden kann.

Personalnachrichten. Bayern. (Fortsetzung von S. 752.)

Abschied bewilligt: den Assistenzärzten 1. Classe Dr. Karl Assmann (Hof) von der Landwehr 1. Aufgebots und Dr Albert Koch (Aschaffenburg) von der Landwehr 2. Aufgebots;

Versetzt: der Stabsarzt Dr. Zwick, Bataillonsarzt vom 21. Inf.-Reg. in gleicher Eigenschaft zum 16. Inf.-Reg.

Gestorben: Heinrich Benedikt, pract. Arzt in Sulzbürg, 39 J., der Assistenzarzt 1. Classe der Landwehr 2. Aufgebots Dr. Wilhelm Andreae (Aschaffenburg) am 5. Juni zu Aurich in Preussen.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 25. **Jahreswoche** vom 20. bis 26. Juni 1897.

Betheil. Aerzte 410. — Brechdurchfall 47 (39*), Diphtherie, Croup 23 (20), Erysipelas 15 (19), Intermittens, Neuralgia interm. — (—), Kindbettfieber 3 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 97 (105), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 3 (6), Parotitis epidemica 3 (3), Pneumonia crouposa 9 (10), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 9 (19), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 33 (17), Tussis convulsiva 19 (10), Typhus abdominalis 6 (5), Varicellen 8 (14), Variola, Variolois — (—). Summa 276 (268). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 25. Jahreswoche vom 20. bis 26. Juni 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern 6 (5*), Scharlach 1 (—), Diphtherie und Croup 7 (—), Rothlauf — (1), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) 1 (—), Brechdurchfall 4 (4), Unterleibstyphus — (2), Keuchhusten 3 (1), Croupöse Lungenentzündung — (3), Tuberculose a) der Lungen 40 (34), b) der übrigen Organe 5 (5), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (2), andere übertragbare Krankheiten 1 (1), Unglücksfälle 2 (1), Selbstmord 1 (—), Tod durch fremde Hand 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 217 (191), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 27,0 (23,8), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,9 (12,8), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,5 (12,0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee

für den Monat März 1897.

1) Bestand am 28. Februar 1897 bei einer Kopfstärke des Heeres von 64273 Mann, 203 Kadetten, 15 Invaliden, 2348 Mann, 1 Kadett, und 1 Invalide.

2) Zugang: im Lazareth 1772 Mann, 1 Kadetten, — Invaliden; im Revier 5346 Mann, 3 Kadetten, — Invaliden, Summe 7118 Mann, 4 Kadetten, — Invaliden. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges 9466 Mann, 5 Kadetten, 1 Invaliden, vom Tausend der Iststärke 147,27 Mann, 24,63 Kadetten und 66,66 Invaliden.

3) Abgang: geheilt 7016 Mann, 4 Kadetten, — Invaliden; gestorben 18 Mann, — Kadetten, — Invaliden; invalide 48 Mann; dienstunbrauchbar 53 Mann; anderweitig 314 Mann, — Kadetten, — Invaliden; Summa: 7449 Mann, 4 Kadetten — Invaliden.

4) Hiernach sind geheilt 741,17 von 1000 der Kranken der Armee, 800,00 von 1000 der erkrankten Kadetten und — von 1000 der erkrankten Invaliden; gestorben 1,91 von 1000 der Kranken der Armee, — von 1000 der erkrankten Kadetten und — von 1000 der erkrankten Invaliden.

5) Mithin Bestand am 31. März 1897: 2017 Mann, 1 Kadetten und 1 Invaliden; vom Tausend der Iststärke 31,38 Mann, 4,92 Kadetten und 66,66 Invaliden. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 1354 Mann, 1 Kadetten und — Invaliden; im Revier 663 Mann, — Kadetten, 1 Invaliden.

Von den in Militärlazarethen Gestorbenen haben gelitten an: Rose 1, Pyaemie 1, Grippe 1, Miliartuberculose 1, Lungentuberculose 2, Knochentuberculose 1, Darmtuberculose 1, epidemischer Genickstarre 1, eitriger Hirnhautentzündung 1, Lungenentzündung 3, acutem Gelenkrheumatismus mit Herzaffection 1, Bauchfellentzündung 1, Magen- und Leberkrebs 1, Mittelohreiterung mit Pyaemie 1, Gehirnverletzung durch Schuss (Selbstmordversuch) 1.

Ausserdem gingen noch mit Tod ab: 1 Mann durch Schussverletzung des Herzens und 2 durch Ueberfahrenwerden von einem Bahnzuge (sämmtliche 3 in selbstmörderischer Absicht).

Der Gesammtverlust der Armee im Monat März 1897 betrug somit 21 Mann.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: April[1]) und Mai 1897.

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica	
	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.
Oberbayern	220	204	226	190	122	100	60	47	15	11	11	3	581	456	36	22	61	26
Niederbay.	68	75	31	35	37	26	23	30	4	5	2	2	66	69	2	—	11	—
Pfalz	66	81	129	118	25	37	19	9	6	6	1	1	106	261	5	7	29	14
Oberpfalz	53	69	28	23	16	19	11	8	—	2	3	—	36	152	1	5	17	18
Oberfrank.	29	51	87	68	21	28	14	6	3	3	4	4	150	194	6	4	18	13
Mittelfrank.	89	118	117	112	48	50	18	32	1	1	13	5	496	907	8	2	42	28
Unterfrank.	28	47	77	82	40	19	3	5	1	1	3	2	45	13	2	2	18	25
Schwaben	59	84	109	125	42	49	8	16	2	5	3	3	376	581	2	9	32	3
Summe	612	729	804	753	351	328	156	153	32	34	40	20	1856	2633	62	51	228	127
Augsburg[3])	9	13	14	13	8	12	—	—	—	—	—	—	180	160	1	3	2	—
Bamberg	—	7	10	8	5	2	2	2	—	—	2	1	5	7	1	—	9	4
Fürth	14	17	13	14	3	2	—	—	—	—	—	—	32	9	1	—	5	6
Kaiserslaut.	8	4	12	6	2	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Ludwigshaf.	16	9	8	5	1	2	3	—	—	—	—	—	12	7	1	—	9	2
München[3])	64	60	124	136	47	47	6	5	12	7	2	—	412	337	21	15	27	9
Nürnberg	30	43	45	32	17	14	2	7	1	—	5	2	227	77	—	—	19	13
Regensburg	19	16	13	14	3	9	6	2	—	—	—	—	—	32	1	2	13	12
Würzburg	12	14	10	14	12	6	3	1	1	—	—	—	6	3	—	—	14	19

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.		M.
Oberbayern	326	246	8	10	219	197	4	3	92	117	141	141	13	39	63	47	—	—	728	514
Niederbay.	220	182	3	6	52	57	2	2	14	39	38	53	7	13	7	9	—	—	178	92
Pfalz	263	287	1	2	63	74	1	—	28	27	53	58	8	11	20	28	1	—	251	122
Oberpfalz	171	157	1	—	76	52	—	—	16	8	60	72	1	6	8	6	—	—	137	89
Oberfrank.	266	244	3	—	65	35	1	4	21	18	57	57	2	10	18	11	—	—	174	114
Mittelfrank.	366	362	2	—	96	105	—	1	22	20	72	39	8	5	69	34	—	—	298	230
Unterfrank.	256	224	1	1	46	26	—	—	4	9	43	60	4	27	12	15	—	—	284	132
Schwaben	249	242	2	2	109	73	—	—	27	44	113	127	16	26	24	47	—	—	263	213
Summe	2117	1944	21	21	726	619	8	10	224	282	577	607	59	137	221	197	1	—	2313	1506[2])
Augsburg[3])	20	26	1	1	19	20	—	—	16	12	11	16	—	—	8	12	—	—	60	56
Bamberg	15	9	1	—	3	1	—	1	8	11	10	13	—	—	2	1	—	—	34	14
Fürth	23	30	—	—	11	6	—	—	—	—	4	1	—	—	2	2	—	—	26	8
Kaiserslaut.	10	7	—	—	4	2	—	—	—	1	7	3	2	1	—	—	—	—	16	4
Ludwigshaf.	9	9	—	—	8	4	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	14	9
München[3])	75	51	—	1	108	95	—	1	79	91	14	45	6	18	48	25	—	—	435	410
Nürnberg	69	49	—	—	33	42	—	—	13	9	34	13	2	1	45	7	—	—	115	110
Regensburg	17	23	—	—	12	13	—	—	1	—	12	22	—	1	1	1	—	—	39	36
Würzburg	21	16	—	—	16	2	—	—	3	5	9	8	1	2	8	9	—	—	79	30

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,186,950, Niederbayern 673,523, Pfalz 765,991, Oberpfalz 546,834, Oberfranken 586,061, Mittelfranken 737,181, Unterfranken 632,588, Schwaben 689,416. — Augsburg 81,896, Bamberg 38,940, Fürth 46,726, Kaiserslautern 40,828, Ludwigshafen 39,790, München 407,307, Nürnberg 162,386, Regensburg 41,471, Würzburg 68,747.

Einsendungen fehlen aus den Aemtern Aichach, Bruck, Friedberg, Rosenheim, Dingolfing, Griesbach, Landshut, Vilsbiburg, Regensburg, Eichstätt, Neustadt a. A., Uffenheim, Lohr und Obernburg.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten:

Diphtherie, Croup: Amtsgerichtsbezirk Weiler (Lindau) 39, Bez.Amt Pirmasens 27, Gemeinde Oberrohning (Rottenburg) 16 Fälle.

Morbilli: Fortdauer der Epidemie in Mitterteich (Tirschenreuth) und Umgebung, Stadt Ansbach (414 gemeldete Fälle), Bez.-Amt Fürth (104 behandelte Fälle, hierunter in den Bezirken Zirndorf 75, Cadolzburg 28), Stadt- und Landbezirk Lindau (111 bezw. 46 Fälle), sowie in Burlafingen (60), Thalfingen (30 Fälle) und anderen Orten des Amtes Neu-Ulm. Bezirk Ebersberg fast ganz durchseucht, Epidemie in 5 Gemeinden, hierunter in Straussdorf, woselbst 70 Kinder von 1—13 Jahren erkrankt, davon 40 ärztl. behandelt (Beginn 9. IV., Höhe 21. IV, Ende 13. V.; dreimal Pneumonie als Nachkrankheit). Epidemie im Schulbezirke Menning, ferner gehäufte Fälle im Schulbezirke Manching (Ingolstadt). Im Amte Landau i. Pf. neuerdings epidemisches Auftreten in Landau, Edenkoben und Queichheim. Starke Epidemie in der 2. Hälfte Mai im nördl. Theile des Amtsgerichtsbezirkes Regenstauf (Stadtamhof). Seit Ende April herrschen Masern fast in allen Orten des Bez.-Amtes Waldmünchen, ärztl. Behandlung in den seltensten Fällen. Ferner ärztlicherseits gemeldet: Bez.-Aemter Wunsiedel 167, Hersbruck 124, Stadt Erlangen 100, Zusmarshausen 45, ärztl. Bezirk Abensberg (Kelheim) 26 Fälle. Epidemie in der Stadt Fürth erloschen.

Parotitis epidemica: Epidemie in Hollfeld (Ebermannstadt) u. Umgebung.

Pneumonia crouposa: Stadt- und Landbezirke Schwabach 44, Schweinfurt 40, Donauwörth 33, Erlangen 31, Passau 30, Bezirksämter Feuchtwangen 43, Hilpoltstein 36, München II 33, Wunsiedel 31 Fälle.

Scarlatina: Fortdauer der Epidemie in Leipheim (Günzburg); ärztl. Bezirke Pfeffenhausen (Rottenburg) 21, Inning (München II) 16 Fälle.

Tussis convulsiva: Epidemie in Wegscheid und 3 weiteren Gemeinden dieses Amtes, selten ärztliche Behandlung. Epidemie im Amte Staffelstein noch nicht erloschen, einige Todesfälle unter Säuglingen. Epidemie in Oberwaldbach (Günzburg); jene im Amte Stadtsteinach allmählich abnehmend. Bezirksämter Sonthofen 38, Ebern 36 Fälle ärztlich behandelt.

Typhus abdominalis: Heftige Epidemie in Oberschleichach (Hassfurt) 21 Fälle. Hausepidemien in Heimenkirch (Lindau) und Salzberg (Berchtesgaden) 6 bezw. 4 Fälle. Bezirksämter Schongau 13, Sulzbach 5 Fälle.

Varicellen: Epidemie in Stadt Günzburg; Bez.-Amt Füssen 30 behandelte Fälle.

Influenza: Fortdauer der Epidemie im nordwestlichen Theil des Amtes Stadtsteinach, sowie im Amte Hilpoltstein; leichte Epidemie im Amte Erding, zahlreiche Fälle, meist ohne ärztliche Behandlung im ärztl. Bezirk Haag (Freising); ziemlich schwere Fälle, meist mit gastrischen Erscheinungen im ärztl. Bezirk Diessen (Landsberg), 22 theilweise sehr schwere Fälle, mit Hirn- und Nervenerscheinungen complicirt, im ärztl. Bezirk Furth i. W. (Cham). Stadt- und Landbezirk Forchheim 70, Städte Nürnberg und Augsburg 30 bezw. 18, Bezirksamt Sulzbach 22, Amtsgerichtsbezirk Traunstein 36, ärztl. Bezirke Waidhaus (Vohenstrauss) 57, Neuötting (Altötting) 22, Velburg (Parsberg) 15, Oberelsbach (Neustadt a. S.) und Kaisheim (Donauwörth) je 14 ärztl. behandelte Fälle; zahlreiche Fälle ferner im ärztl. Bezirke Pottenstein (Pegnitz).

☞ **Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das K. Statistische Bureau wenden wollen.**

Im Interesse möglichst umfassender Statistik wird um **rechtzeitige** (womöglich **bis längstens 20.**) und **regelmässige Einsendung** der Karten ev. von Fehlanzeigen) **dringendst ersucht.**

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (No. 22) eingelaufener Nachträge. — [2]) Im Monat April einschliesslich der Nachträge 1528. — [3]) 14. mit 17. bezw. 18. mit 21. Jahreswoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.